



Timo Hujanen

## **Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa**

Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta  
vastaanottotoiminnasta



Timo Hujanen

# **Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa**

Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta  
vastaanottotoiminnasta

## **Kirjoittaja**

Timo Hujanen, TtM, tutkija  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittaja ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-064-6 (nid.)  
ISBN 978-952-284-065-3 (pdf)

ISSN-L 1238-5050  
ISSN 1238-5050 (painettu)  
ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019050814867>

Julkaisija: Kela, Helsinki  
2019

Kirjapaino: Erweko



## Tiivistelmä

Hujanen T. **Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanottotoiminnasta.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 156, 2019. 225 s. ISBN 978-952-284-064-6 (nid.), ISBN 978-952-284-065-3 (pdf).

Tutkimuksessa selvitettiin, mitä monikanavarahoitus on terveydenhuollon perustasoisissa vastaanottopalveluissa ja miksi siitä on muodostunut ongelma. Tarkastelussa on myös se, miten laaja ongelma on valtakunnallisesti ja alueellisesti näissä palveluissa, joihin kuuluvat kunnalliset palvelut, työterveyshuolto, Kela-korvatut yksityiset palvelut ja YTHS:n palvelut. Tutkimuksessa hyödynnettiin tutkimuksia, tilastoja sekä historiallisia ja terveys- ja puoluepoliittisia asiakirjoja. Tutkimus tuotti uuden alueellisen tilaston työterveyshuollosta. Esimerkkitapauksena käytettiin Oulua, jota koskevalla aineistolla selvitettiin perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan kustannusten ja rahoituksen kohdentumista ikäryhmittäin. Vastaanottotoiminnan aineistosta tehtiin laskelmia monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutuksista. Monikanavarahoituksen määrittely kunnallisten palvelujen ja julkisen sairausvakuutuksen rinnakkaisuutena on ollut tähän asti suppeaa. Ilmiö perustuu lainsäädännön ja institutionaalisten rakenteiden kehitykseen sekä kansainvälisiin vaikutuksiin. Asiantuntijat nostivat ilmiön ongelman päätöksentekoon 2010-luvulla. Vaikka avoterveydenhuollon rahoitus on monikanavaisempaa kuin muissa Pohjoismaissa, Suomi ei tilastoissa muuten poikkea OECD-maista. Asiakirja-analyysin perusteella Vasemmistoliitto, Keskusta, SDP ja Vihreät ovat esittäneet selkeimmin monikanavarahoituksen vähentämistä tai yksikanavarahoitusta. Rahoitusjärjestelmän merkitys on erilainen eri alueilla, sillä eri palvelukanavien kustannukset vaihtelevat voimakkaasti alueittain. Esimerkiksi työterveyshuollon osuus on ollut kunnittain noin 10–40 % yhteenlasketuista kunnallisten ja työterveyshuollon palvelujen kustannuksista. Tavoitteet yksikanavaisuudesta voivat ovat kalliita, jos rahoituksen lähteet ja määrät vähenevät. Esimerkkianalyyseissa julkisen rahoituksen tarve kasvaisi avosairaanhoidossa noin 30 %, ja koko maan tasolla vaikutus saattaisi olla vajaa 300 miljoonaa euroa. Monikanavarahoitusta ei voida kokonaan poistaa, koska valtio osallistuu terveydenhuoltoon ja yksityinen rahoitus on oma rahoituskanavansa.

**Avainsanat:** monikanavarahoitus, monikanavaisuus, rahoitus, julkinen rahoitus, rahoitusjärjestelmät, terveyspalvelut, terveydenhuolto, työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto, avohoito, sairausvakuutus, kunnat, kustannukset, perusterveydenhuolto, julkiset palvelut

## Sammandrag

Hujanen T. **Problem med flerkansalsfinansieringen inom hälso- och sjukvården. Exempel på mottagningsverksamhet på primärvårdsnivå.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa, undersökningar 156, 2019. 225 s. ISBN 9978-952-284-064-6 (hft.), 978-952-284-065-3 (pdf).

I studien utreddes vad flerkansalsfinansiering innebär i fråga om mottagningstjänster på primärvårdsnivå inom hälso- och sjukvården och varför detta har blivit ett problem. Hur stort är problemet på nationell och regional nivå då man ser till kommunala tjänster, företagshälsovård, privata tjänster som ersätts av FPA och SHVS:s tjänster. Studien resulterade i ny regional statistik över företagshälsovården. Som exempel användes Uleåborg, och fördelningen av kostnaderna och finansieringen per åldersgrupp. Utifrån materialet gjordes kalkyler över effekten av en minskning av flerkansalsfinansieringen. Hittills har flerkansalsfinansiering definierats snävt, som ett system med parallella kommunala tjänster och offentlig sjukförsäkring. Fenomenet grundar sig på utvecklingen av lagstiftningen och de institutionella strukturerna och på internationell påverkan. Problemet med fenomenet togs upp till beslutsfattande av sakkunniga vid THL och SHM på 2010-talet. Även om den öppna hälso- och sjukvården i Finland är flerkansalsfinansierad i högre grad än i de övriga nordiska länderna, avviker Finland i övrigt inte från OECD-länderna i statistiken. En dokumentanalys visar att Vänsterförbundet, Centern, SDP och De Gröna tydligast har föreslagit en minskning av flerkansalsfinansieringen eller en övergång till enkanalsfinansiering. Finansieringsmodellens betydelse varierar från region till region eftersom kostnaderna för de olika servicekanalerna varierar kraftigt mellan regionerna. Exempelvis har företagshälsovårdens andel per kommun varit ungefär 10–40 % av de totala kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården och företagshälsovården. Det kan bli dyrt att uppnå målet med enkanalsfinansiering om finansieringskällorna och mängden finansiering minskar. Enligt exempelanalyserna skulle behovet av offentlig finansiering inom den öppna hälso- och sjukvården öka med ungefär 30 % och på nationell nivå kan effekten bli inemot 300 miljoner euro. Flerkansalsfinansieringen kan inte slopas helt eftersom staten deltar i finansieringen av hälso- och sjukvården och den privata finansieringen är en separat finansieringskanal.

**Nyckelord:** flerkansalsfinansiering, finansiering, offentlig finansiering, finansieringssystem, hälsovårdstjänster, hälso- och sjukvård, företagshälsovård, studenthälsovård, öppenvård (sjukvård), sjukförsäkring, kommuner, kostnader, primärvård, offentlig service

## Abstract

Hujanen T. **The problem of multi-channel financing in health care. Examples from primary-level outpatient health care practice.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 156, 2019. 225 pp. ISBN 978-952-284-064-6 (print), 978-952-284-065-3 (pdf).

Finnish primary-level outpatient health care consists of tax-funded municipal services and co-existing private and occupational health (OH) services, which are funded by social insurance, out-of-pocket payments and employers. The multi-channel financing of this system may lead to such big inefficiencies and disadvantages to patients that political parties might want it abolished. The study clarified the definitions, historical and institutional structures as well as the national and regional scale of the problem in municipal health centers, OH care, private care and Finnish Student Health Services. The study produced new regional statistics on OH services. The case analysis evaluated the cost and financing within a single large Finnish city (Oulu). The definition of the multi-channel financing has based on the development of legislation and institutional structures and international influences. Experts from the National Institute for Health and Welfare and the Ministry of Social Affairs and Health raised the question of multi-channel financing in decision-making in the 2010s. Although the financing of primary health care is more multi-channel than in other Nordic countries, statistically Finland does not differ from the OECD countries. The Left Alliance, the Centre Party, the Social Democratic Party and the Green League have clearly proposed either reducing multi-channel financing or shifting to single-channel funding in health care. The significance of the form of health care financing varies from region to region, as the costs of different services vary greatly. E.g., the proportion of OH services in municipalities has been 10–40% of the total costs of municipal and OH services. The goals of single-channel financing can become expensive if they lead to a reduction in sources and amounts of funding. The example analyses indicate that the need for public funding would increase by approx. 30% and the national impact could be EUR 300 million. However, it is impossible to eliminate multi-channel financing completely because the state is involved in health care and private funding is its own financial channel.

**Keywords:** multi-channel financing, finance, public funding, financing systems, health services, public health service, occupational health care, student health service, non-institutional care, sickness insurance, municipalities, costs, primary health care, public services

## Alkusanat

Tutkimusideani syntyi, kun Hennamari Mikkola esitti vuonna 2010 tarpeen tutkia työterveyshuoltoa Kelassa. Koska työterveyshuollon palvelujen käytöstä ja kustannuksista ei ollut tietoa, se oli jätetty terveydenhuollon alueellisten palveluarviointien ulkopuolelle. Samanaikaisesti julkisuudessa keskusteltiin kiivaasti monikanavarahoituksen ongelmasta, josta ei ollut tehty kattavaa tutkimusta. Ideani täydentyi ajankohtaisella ongelmalla, ja hakeuduin jatko-opiskelijaksi Tampereen yliopistoon.

Työterveyshuollon tietojen puute oli tutkimuksestani puuttuva pala. Rekistereissä oli tietoja työnantajittain, mutta oli kaukainen haave saada rekistereihin muiden palveluiden tapaan alueellisesti kohdistettavia tietoja. Yleisesti palvelujen kustannukset vaihtelivat käyttäjittäin runsaasti, mutta työterveyshuollossa vaihtelu oli pienempää. Vaihtelua rajoittivat korvausten suuruutta määrittelevät korvaus- ja kustannuskatot sekä työterveyshuollon rajatut tehtävät. Euromääräiset keskiarvot antoivat kohtuullisen kuvan puuttuvasta palasta.

Tuotin keskimääräisiin tietoihin perustuvan työterveyshuollon aineiston ja osin siihen perustuvan Oulun kustannusaineiston, joka mahdollistaa varsinaisen monikanavarahoituksen tutkimuksen. Tutkiessani esitutkimusaineiston tietojen luotettavuutta havaitsin, että hallinnolliset kustannukset eivät kohdistuneet samalla tavalla henkilöille kuin muissa aineistoissa. Eri tuottajien hallinnollisiin vyörytyksiin oli sisällytetty eri kustannusryhmiä. Työnantajilta perittyjä yleiskustannuksia ei kohdistettu henkilöittäin. Työterveyshuollon tuottajilla ei ollut yhtenäisiä suoritteiden ja hoitojen luokitteluja. Oulun aineisto ei sisältänyt alun perin YTHS:n palveluita, jotka olivat osa avoterveydenhuollon palvelukokonaisuutta.

Oulun aineistosta oli haastavaa tutkia eri palvelukanavissa tuotettuja samankaltaisia palveluita. Aineistossani ei myöskään ollut yksilötasoisia tietoja. Poliittisen kiinnostuksen kohteena olivat avosairaanhoidon lääkäreiden ja hoitajien palvelut, joten valitsin ne. Käsittelin aineistoa niin, että jätin pois ennalta ehkäisevät ja erikoislääkärien palvelut. Sairausvakuutuksen osin korvaamista palveluista valitsin mukaan yleislääkäritasoisien toiminnan. Koska osalla tuottajista tutkimukset sisältyivät kustannuksiin, sisällytin ne vertailtaviin kustannuksiin hallinnollisten kustannusten lisäksi. Kun kustannuserät olivat samat, tuotin laskelmat kustannus- ja rahoitusjakaumista rahoittajittain. Tein arviot, miten monikanavarahoituksen vähentäminen vaikuttaisi julkisen ja yksityisen ra-

hoittajan rahoitusvastuisiin. Lopulta pystyin tutkimaan ongelman taloudellista merkitystä yhdestä, valitsemastani näkökulmasta.

Opin, että on tutkittava myös asioita, joista tietoa ei ole helposti saatavissa. Lannistua ei saa. Näennäisesti hyviä aineistoja ja tuotettua tietoa on arvioitava suhteessa aikaisempiin tietoihin eri näkökulmista. Monografiatutkimuksena väitöskirjatyön tekeminen on ollut vaativaa ja mielenkiintoista.

Erityisesti kiitän työni ohjaajia tutkimusprofessori Hennamari Mikkolaa Kelasta ja professori Jarmo Vakkuria Tampereen yliopistosta. Heidän avullaan olen vienyt tutkimustani eteenpäin ja löytänyt siihen syvällisiä näkökulmia. Kiitän työni esitarkastajia professori emeritus Juhani Lehtoa Tampereen yliopistosta ja professori Heikki Hiilamoja Helsingin yliopistosta heidän arvokkaista ja rakentavista huomioistaan ja kommentteistaan. Kelan tutkimusjulkaisujen toimitus on huolehtinut kirjani ulkoasusta ja sen painokuntoon saattamisesta. Tutkimuksen eri vaiheissa tukenani on ollut lukematon määrä nykyisiä ja entisiä työkavereita, joilta olen saanut rakentavaa palautetta. Kiitän jokaisesta sanasta.

Merkittävää energiaa olen saanut rakkailtani – pojaltani Santerilta ja puolisoiltani Sarilta. Olen iloinen, että olen saanut tehdä työn Kelassa. Kiitän myös kaikkia sukulaisiani ja ystäviäni, joiden kanssa olen saanut keskustella tutkimuksestani sen eri vaiheissa.

*Helsingissä kesäkuussa 2019*

*Timo Hujanen*



<b>Sisältö</b>	<b>Luettelo kuvioista.....</b>	<b>10</b>
	<b>Luettelo taulukoista .....</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>Tutkimuskohde ja tutkimuksen valinnat .....</b>	<b>13</b>
1.1	Johdanto .....	13
1.2	Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset.....	16
1.3	Tutkimuskysymykset .....	19
1.4	Etenevän ymmärryksen kehä tutkimusotteena.....	19
1.4.1	Hermeneuttinen tutkimusote .....	19
1.4.2	Etenevän ymmärryksen hermeneuttinen kehä .....	21
1.4.3	Tieteellinen päättely ja abduktio .....	23
1.5	Empiiriset tutkimusaineistot ja -menetelmät .....	24
1.6	Tutkimuksen asemoituminen eri tieteenaloille .....	28
<b>2</b>	<b>Monikanavarahoituksen käsite kirjallisuudessa .....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>Tutkimuksessa käytetyt teoriat ja niiden hyödyntäminen .....</b>	<b>39</b>
3.1	Terveydenhuollon yleiset rahoitusteoriat monikanavarahoituksen kehystäjänä .....	40
3.1.1	Reinhardtin triangelimalli ja valtio kolmantena osapuolena ....	40
3.1.2	Kutzinin terveydenhuollon rahavirrat.....	42
3.1.3	Rahoitusteorioiden hyödyntäminen rahavirtojen kuvauksessa ...	44
3.2	Instituutiteoriat monikanavarahoituksen muutoksen selittäjänä.....	48
3.2.1	Northin organisaatiot ja instituutiot .....	48
3.2.2	Scottin instituutioiden kannattelevat rakenteet ja kannattajat ...	50
3.2.3	Instituutiteorioita täydentävä päämies-agenttiteoria.....	54
3.2.4	Instituutiteorioita hyödyntäneitä tutkimuksia .....	56
<b>4</b>	<b>Monikanavarahoitus kansainvälisessä kehityksessä.....</b>	<b>59</b>
4.1	Kansainvälisten rahoitusjärjestelmien vertailu .....	59
4.2	Kansainväliset vaikutukset rahoitusjärjestelmän kehitykseen.....	64
4.3	Yhteenveto kansainvälisistä luokitteluista ja vaikutteista monikanavarahoitukseen .....	70
<b>5</b>	<b>Monikanavarahoituksen institutionaalinen kehityshistoria .....</b>	<b>74</b>
5.1	Monikanavarahoitus ja sairausvakuutuslaki.....	75
5.2	Monikanavarahoitus ja kansanterveyslaki.....	78
5.3	Monikanavarahoitus ja työterveyshuoltolaki .....	80
5.4	Monikanavarahoitus ja kuntien valtionosuuslaki .....	84
5.5	Monikanavarahoitus 2000-luvun hallinnollisissa asiakirjoissa ja selvityksissä.....	88

<b>6 Monikanavarahoitus puolueiden asiakirjoissa .....</b>	<b>96</b>
6.1 Näkemykset monikanavarahoituksesta .....	96
6.2 Näkemykset työterveyshuollosta .....	101
6.3 Näkemykset opiskeluterveydenhoidosta .....	102
6.4 Näkemykset asiakasmaksuista .....	103
6.5 Yhteenvedo puolueiden asiakirjoissa esitetyistä näkemyksistä .....	103
<b>7 Monikanavarahoituksen laajuus virallisissa menotilastoissa .....</b>	<b>107</b>
7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ja rahoitus .....	108
7.2 Terveystenhuollon palveluiden kustannukset ja rahoitus .....	111
7.3 Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon kustannukset ja rahoitus .....	113
7.4 Tilastotarkastelun yhteenvedo .....	114
<b>8 Monikanavarahoitus perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon ongelmana .....</b>	<b>117</b>
8.1 Avoterveydenhuollon palvelukanavien erillisyyttä vahvistavat tekijät...	117
8.1.1 Kunnallisesti järjestetty perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto .....	118
8.1.2 Työnantajien järjestämä työterveyshuolto .....	119
8.1.3 Sairausvakuutuksen osin korvaamat yksityiset palvelut .....	121
8.1.4 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön YTHS:n palvelut .....	123
8.2 Monikanavarahoitus ja palvelukanavien erillisuus .....	126
8.3 Monikanavarahoituksen laajuus tuotetuissa tilastoaineistoissa .....	136
8.3.1 Työterveyshuollon alueelliset kustannukset koko maassa .....	138
8.3.2 Perushuoltotasaisen avoterveydenhuollon ikäryhmittäiset kustannukset Oulussa .....	143
8.3.3 Analyseja monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutuksista .....	149
8.3.4 Yhteenvedo empiiristen tilastoaineistojen tuloksista .....	160
<b>9 Johtopäätökset .....</b>	<b>164</b>
<b>10 Reflektio ja suositukset .....</b>	<b>170</b>
<b>11 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyyys .....</b>	<b>174</b>
<b>12 Etenevän ymmärryksen kehä ja ehdotukseni jatkotutkimuksiksi .....</b>	<b>177</b>
<b>Lähteet .....</b>	<b>179</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>215</b>

## Luettelo kuvioista

- Kuvio 1.** Hermeneuttinen kehä tutkimuksessani.
- Kuvio 2.** Monikanavarahoituksen teoreettinen viitekehys tässä tutkimuksessa.
- Kuvio 3.** Valtion osallistuminen terveydenhuoltoon kolmantena osapuolena eli ns. triangelimalli.
- Kuvio 4.** Terveydenhuollon rahoituksen rahavirrat.
- Kuvio 5.** Terveydenhuollon rahoituslähteet, rahoitusmekanismit ja kollektiiviset agentit.
- Kuvio 6.** Terveydenhuollon rahavirrat vuonna 2014.
- Kuvio 7.** Instituutioiden muutoksissa tapahtuvat prosessit.
- Kuvio 8.** OECD-maiden terveydenhuollon rahoituslähteet vuonna 2015.
- Kuvio 9.** Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset, terveydenhuollon palveluiden kustannukset sekä erityisesti perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon avoterveydenhuollona kustannukset koko maassa vuonna 2014.
- Kuvio 10.** Terveydenhuollon rahoittajat vuosina 2000–2016 käyvin hinnoin.
- Kuvio 11.** Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon, työterveyshuollon, yksityisten palveluiden (osin sairausvakuutuksen korvaamien) ja YTHS:n palveluiden kustannukset vuosina 2000–2016, vuoden 2016 hinnoin.
- Kuvio 12.** Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan erillisyyttä vahvistaneita lainsäädäntömuutoksia ja muita vaikutteita.
- Kuvio 13.** Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavien toimintalogiikat ja päämies-agenttisuhteiden kaksi tasoa.
- Kuvio 14.** Työnantajien työterveyshuollon ennalta ehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon kustannukset asukasta kohti, erot prosentteina (%) maan keskiarvosta kunnittain vuonna 2009.
- Kuvio 15.** Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja työterveyshuollon kustannukset (€/asukas) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2009.
- Kuvio 16.** Työterveyshuollon ja kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon kustannukset asukasta kohti (€/asukas) vuonna 2009.
- Kuvio 17.** Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan kustannukset ikäryhmittäin asukasta kohti Oulussa vuonna 2013.
- Kuvio 18.** Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan kokonaiskustannukset ikäryhmittäin Oulussa vuonna 2013.

- Kuvio 19.** Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan kustannusten rahoittajat ikäryhmittäin Oulussa vuonna 2013.
- Kuvio 20.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan kustannukset (€) palvelukanavittain ja ikäryhmittäin Oulussa vuonna 2013.
- Kuvio 21.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan ikäryhmittäisen kustannusten rahoittajat Oulussa vuonna 2013.
- Kuvio 22.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan julkinen ja yksityinen rahoitus Oulussa vuonna 2013 sekä teoreettinen analyysi siirtymisestä kohti yksikanavarahoitusta.
- Kuvio 23.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan julkinen ja yksityinen rahoitus Oulussa vuonna 2013 sekä teoreettinen analyysi siirtymisestä kohti kaksikanavarahoitusta.

## Luettelo taulukoista

- Taulukko 1.** Monikanavarahoituksen erityispiirteitä.
- Taulukko 2.** Monikanavarahoitustutkimuksen kysymykset, tutkimusaineistot ja -menetelmät sekä hypoteettiset tulokset ja johtopäätökset.
- Taulukko 3.** Instituutorakenteiden kolme pilaria ja niiden perusteet.
- Taulukko 4.** Instituutorakenteiden pilarien kannattajien erityispiirteet.
- Taulukko 5.** Monikanavarahoituksen kannalta keskeisimmät lait, toimeenpanon instituutiot ja terveydenhuollon kehittämisvoimakkuus vuosikymmenittäin 1960–90-luvuilla.
- Taulukko 6.** Terveystenhuollon yhteensovittamisen mahdollisuuksia, joiden käyttämättä jättäminen edesauttoi avoterveydenhuollon monikanavarahoituksen muotoutumista.
- Taulukko 7.** Arvio eduskuntapuolueiden näkemyksistä monikanavarahoituksesta ja siihen läheisesti liitettävistä teemoista.
- Taulukko 8.** Sosiaalimenot kohderyhmittäin vuonna 2014.
- Taulukko 9.** Sosiaalimenot ja niiden rahoittajat vuonna 2014.
- Taulukko 10.** Terveystenhuoltopalvelujen kustannukset ja rahoitus vuonna 2014.
- Taulukko 11.** Kunnallisen avoterveydenhuollon, työterveyshuollon, yksityisten (osin sairausvakuutuksesta korvattujen) ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden kustannukset ja rahoittajat vuonna 2014.

- Taulukko 12.** Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavien päämies-agenttisuhteet potilas- ja instituutiotasoilla.
- Taulukko 13.** Työterveyshuollon rahoitus 10 suurimmassa kaupungissa vuonna 2009.
- Taulukko 14.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan yksikkökustannuksia (€/suorite) Oulussa vuonna 2013.
- Taulukko 15.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan kustannuksia (milj. €) Oulussa vuonna 2013.
- Taulukko 16.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan rahoitus (milj. €) Oulussa vuonna 2013.
- Taulukko 17.** Perusterveydenhuoltotasaisen yleislääkärien avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan kustannuksia (€/kontakti tai käynti) koko maassa vuonna 2013.
- Taulukko 18.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottotoiminnan kustannuksia (milj. €) koko maassa vuonna 2013.
- Taulukko 19.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottotoiminnan rahoitus (milj. €) koko maassa vuonna 2013.

# 1 Tutkimuskohde ja tutkimuksen valinnat

## 1.1 Johdanto

Mitä tarkoitan monikanavarahoituksen ongelmalla? Kun verovaroja on kohdistettu sosiaali- ja terveystalouteen usean eri rahoituskanavan kautta, on syntynyt hallitsemattomia ongelmia. Tosin monikanavarahoituksen määritelmää<sup>1</sup> ja käsityksiä siitä ongelmana on runsaasti. Ongelmia on yritetty ratkoa yli 50 vuotta, mutta tulokset ovat olleet heikkoja. Miksi näin on päässyt tapahtumaan? Käytännössä ongelmat on usein liitetty lopulta terveyskeskusten lääkäripalvelujen saatavuuden puutteisiin. Onko se ollut monikanavarahoituksen syytä?

Valmiita aineistoja, joiden avulla olisin saanut vastauksia, ei ole ollut, joten tutkin monikanavarahoitusta useiden eri aineistojen avulla. Osan aineistoista tuotin tätä tutkimusta varten. Tutkimuskohteekseni olen määritellyt perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan, johon olen sisällyttänyt laajasti pääasiassa yleislääkäreiden ja hoitajien vastaanottotoiminnan terveyskeskuksissa, yksityisillä lääkäriaseemilla ja työterveyshuollossa<sup>2</sup>. Lisäksi tutkimukseni eri aineistoissa on ollut mukana myös erikoislääkäripalveluja, tutkimuksia ja joukko muita avoterveydenhuollon palveluita, joiden rajaaminen eri vaiheissa tutkimukseni ulkopuolelle ei olisi ollut mahdollista<sup>3</sup>. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää erilaisia aineistoja hyödyntäen, mistä tämän ilmiön ongelmassa on ollut kysymys<sup>4</sup>.

Monikanavarahoitusta olisi ollut mahdollista tutkia vain julkisen rahoituksen kaksikanavaisuuden näkökulmasta (ks. Vohlonen ja Pekurinen 1991b, 272–275), jolloin tarkastelu olisi nostanut esiin vain verorahoitteisen kunnallisen järjestelmän ja sairausvakuutuksen erot. Tutkin monikanavarahoitusta lisäksi yksityisten kotitalouksien ja työnantajien rahoituksen näkökulmista ja empiirisesti neljän rinnakkain toimivan avoterveydenhuollon palvelukanavan<sup>5</sup> kokonaisuudessa. Siten pyrin ottamaan tutkimuksessani laajan näkökulman tähän monikanavaiseseen verorahoitteisten ja osin

1 Pekurisen (2014, 11) mukaan monikanavaisessa rahoituksessa ”rahat palvelujen järjestämiseen on kerätty monesta lähteestä ja kohdennettu palveluihin monen eri rahoittajan kautta”. Käsittelen monikanavaisen rahoituksen ongelman määritelmää luvussa 2.

2 Vrt. lain (L 1326/2010, 3§) mukaan kunnan järjestämä työterveyshuolto on perusterveydenhuoltoa, mutta kokonaisuutena työterveyshuoltoa ei määritellä perusterveydenhuolloksi (ks. myös L 1383/2001 tai L 1224/2004). STM:n työryhmäraportissa (STM 2015a, 66) käytetään käsitettä ”laajemmin määritelty perusterveydenhuolto”, joka kattaa kunnan järjestämän perusterveydenhuollon ”mukaisen osan työterveyshuollosta ja sairausvakuutuksen korvaamista yksityisistä terveystalouksista”. Työterveyshuollon valtakunnallisessa kehittämislinjauksessa (STM 2017b, 12, 23) korostetaan sen yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.

3 Tutkimuksen liitteessä 2 olen kuvannut tuottamissani aineistoissa tekemiäni rajoituksia, lähteitä ja laskentamenetelmiä.

4 Vrt. Hyytistä ja Toivasta (2010, 428) tulkiten toteutuneen politiikan arviointitutkimus on *ex post*-tutkimusta, jota tuotetaan politiikan valmistelua ja päätöksentekoa varten. Ennen uuden poliittisen valmistelun ja suunnittelun aloitusta tuotettu tieto on *ex ante* -tietoa ja käynnissä olevaa valmistelua ja politiikkaa tukeva tieto *ex tempore* -tietoa.

5 Neljä rinnakkaista perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan palvelukanavaa ovat kunnallinen perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto (pl. suun terveydenhoito), työnantajien järjestämä työterveyshuolto, sairausvakuutuksen osin korvaamat yksityiset lääkäripalvelut ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön YTHS:n palvelut.

sairausvakuutuksesta korvattujen palvelujen hybridiin yhdistelmään (ks. Lehto 2015, 77–78).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on arvioitu liittyneen tehottomuutta ja palveluiden saatavuusongelmia, jolloin tavoitteet järjestelmän uudistamiseksi ovat olleet yhteiskunnallisesti vahvasti perusteltavissa. Esimerkiksi vuonna 2015 pääministeri Sipilä esitti sote-uudistuksen tavoitteina olevan tarpeen kaventaa terveyseroja, parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua ja hallita julkisten menojen kasvua aiempaa paremmin (PTK 66/2015 vp). Sote-uudistuksessa hallituksen tavoitteena oli siirtää palvelujen järjestämisvastuu kunnilta maakunnille ja siirtyä palveluiden valinnassa ns. valinnanvapausmalliin. Uudistuksen yhtenä tavoitteena oli puuttua merkittäväksi koettuun avoterveydenhuollon monikanavarahoitukseen, jonka vähentämiseksi oli suunniteltu tarvittavan lainsäädäntöä. Terveysmenojen kasvua oli hillittävä niukenevan rahoituksen ja arvioidun julkisen talouden kestävyysvajeen takia. Väestön ikääntymisen ja palvelutarpeen kasvun seurauksena julkisten menojen kasvu olisi nopeampaa kuin sen kattamiseksi tarvittavan rahoituksen kasvu. (Ks. VNK 2011a, 9; VNK 2013a, 16–17; STM 2015a, 25, 61).

Monikanavainen järjestelmä syntyi 1960-luvulla, jolloin sairausvakuutuksen vuosikymmenten kehityksen päätepisteenä säädettiin sairausvakuutuslaki ja kansanterveyslain kehitys alkoi. 1980-luvulta alkaen näiden lakien rinnakkaisuutta on pidetty ongelmana monikanavarahoituksen vuoksi<sup>6</sup> (Mattila 2011, 108, 186). Useista muutosyrityksistä huolimatta ilmiö säilyi voimissaan 2010-luvulle, jolloin vaatimukset monikanavarahoituksen purkamiseksi kiihtyivät.

THL:n asiantuntijaryhmän (THL 2011, 11) mukaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän haittojen ja hyötyjen laajuuden vaikutuksia talouteen ja hyvinvointiin ei ole tutkittu eikä kokonaisvaltaisesti kartoitettu. Järjestelmän julkisen rahoituksen monikanavaisuuden erityispiirteitä on toistuvasti kuvattu hallinnollisissa asiakirjoissa<sup>7</sup>, selvityksissä sekä asiantuntijoiden haastatteluissa. Ilmiö on nostettu usein esiin hallinnollisissa asiakirjoissa<sup>8</sup> järjestelmän toimivuuden ongelmien taustatekijänä, vaikka kiinnostuksen kohteena olisi ollut muu kuin monikanavarahoitus (THL 2011, 11, 30–44; ks. esimerkkinä Palosuo ym. 2013, 107). Ilmiö on ollut esillä kansainvälisissä ja kansallisissa dokumenteissa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa eli diskurssissa<sup>9</sup>.

6 Vuonna 1983 lopetettiin terveyskeskusten sairaanhoidon korvaaminen sairausvakuutuksesta ns. SOVE-uudistuksen yhteydessä, koska varat oli kohdennettava kasvavien sairausvakuutuspäivärahojen maksuun (Mattila 2011).

7 Mm. valtiontilintarkastajat (Valtioneuvoston tilintarkastajain kertomus 2001, 239) olivat listanneet monikanavarahoituksen haittoja erityisesti yksityisten palvelujen tukemisessa julkisella rahoituksella.

8 THL:n asiantuntijat (THL 2011, 30–35) ovat listanneet monikanavaisen rahoituksen kehittämiseen liittyviä muutosesityksiä 1990–2000-luvuilta.

9 Yhteiskunnallisen keskustelu on mielipiteiden vaihtoa eli diskurssia, jolla halutaan vaikuttaa mm. sosiaalipolitiikkaan ja institutionaalisiin rakenteisiin (vrt. Forss ym. 2004, 330).

THL:n asiantuntijaryhmä (THL 2011, 24–26) on listannut useita monikanavarahoituksen erityispiirteitä, joita on käsitelty myös OECD:n (2005, 39–40) ja Pekurisen (2007, 55–56) raporteissa. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1.** Monikanavarahoituksen erityispiirteitä.

	<b>Haittoja</b>	<b>Hyötyjä</b>
<b>Rahoitus ja menot</b>	Verorahoituksen tarve kasvaa, yksityisen sairausvakuutuksen kehittyminen hidastuu (vahvan julkisen vakuutuksen takia), rahoituksesta osa on elinkeinotukea	Rahoitusvakuus paranee, kunnat säästävät väestön käyttäessä sairausvakuutuksen korvaamia palveluja
<b>Palvelujen saatavuus</b>	Julkisten palvelujen saatavuus heikkenee (sairausvakuutuskorvaukset yksityiselle sektorille synnyttävät työvoimapulaa julkisella sektorilla)	Työterveyshuolto parantaa työikäisten palvelujen kokonaissaatavuutta
<b>Kysyntä</b>	Epätarkoituksenmukaiseen, mm. tuottajien luomaan kysyntään perustuvien palvelujen käyttö kasvaa	Julkisesti järjestettyjen palvelujen kysyntä-paineet vähenevät
<b>Palvelujen tarjonta</b>	Päällekkäinen palvelutuotanto, ylikapasiteetti, mahdolliset turhat kustannukset, alueellinen ja väestöryhmien välinen eriarvoisuus kasvaa	Yksityisten palvelujen tarjonta kasvaa
<b>Tehokkuus ja oikeudenmukaisuus</b>	Alueellinen ja väestöryhmien välinen eriarvoisuus kasvaa, pienituloisilla huonommat mahdollisuudet hyötyä järjestelmistä kuin suurituloisilla	Yksityisen sairausvakuutuksen kehittymisen hidastuu (väestöryhmien väliset erot ja tehottomuus eivät kasva)
<b>Kannusteet</b>	Kannuste siirtää kustannuksia toisen toimijan maksettavaksi mm. sairausvakuutukselle, kunnille tai sairaanhoitopiireille Kannuste ylläpitää tehotonta yksityistä tuotantoa mm. laboratoriotoiminnassa Lääkäreillä vähän kannusteita määrätä lääkkeitä kustannusvaikuttavasti, mahdollisuudet alentaa omavastuuosuuksia heikentyneet	

Lähde: THL 2011, 24–26, mukaillen.

Monikanavarahoituksen haittana on pidetty taloudellista tehottomuutta aina 1990-luvulta (mm. VTV 1995, 7–8)<sup>10</sup> 2010-luvulle (mm. Brommels ym. 2016, 26). Ilmiön on arvioitu mahdollistaneen jakaumaperäisen tehottomuuden kehittymistä, kun tietyille väestöryhmille on kohdistunut vähemmän voimavaroja kuin olisi ol-

10 VTV:n arvioinnista poiketen STM:n (1993a) mukaan kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksella tuetun työterveyshuollon palveluissa ei ollut päällekkäisyyttä ja työterveyshuollon tuolloin tehty rahoitusuudistus oli linjassa valtionosuusuudistuksen kanssa.



lut kohtuullista (mm. Manderbacka ym. 2006, 42–43). Ilmiöön on liitetty teknistä tehottomuutta, kun terveyskeskuslääkäreitä on siirtynyt yksityisiin palveluihin niin paljon, että muutos on heikentänyt perusterveydenhuollon kehittämistä (ks. Pekuri-nen ja Puska 2007, 56).

Monikanavarahoituksen tehottomuudesta on vaikea saada kattavaa tutkimusnäyt-töä, koska taloudellista tehottomuutta voi olla potilas-lääkärisuhteista laajasti koko järjestelmässä havaittavaan kysynnän ja tarjonnan epätasapainoon. Ilmiön tehotto-muuden kustannuksista on vaikea päästä yksimielisyyteen (vrt. Abel-Smith 1975, 383–393). Nykyisen järjestelmän tehottomuudesta on teoreettinen laskelma, jonka mukaan<sup>11</sup> terveydenhuollon suorissa kustannuksista säästettäisiin 1,5–2 miljardia euroa tai 15 prosenttia, jos sosioekonomiset terveyserot poistettaisiin (Myhrman ym. 2009, 63–64).

Vaikka monikanavarahoituksen etujen ja haittojen taloudellisesta arvosta ei ole yksi-mielisyyttä, ilmiö ei vaikuta kuuluvan yhteisesti tavoiteltavaan terveydenhuoltojärjes-telmään. Willbergin ja Valtosen (2007, 13) mukaan Pohjoismaisissa terveydenhuol-lon uudistamistavoitteissa on 2000-luvulla korostettu sitä, että palvelujärjestelmän on vastattava kansalaisten tarpeita ja palveluiden on oltava tuottavia ja tehokkaita. Tuotetun terveyden ja hyvinvoinnin sekä sen tuottamisesta aiheutuneiden kustan-nusten on jakauduttava oikeudenmukaisesti eri väestöryhmille. Järjestelmä on vahva, jos se on kansalaisista legitiimi ja toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä (Willberg ja Valtonen 2007, 13.)

Monikanavarahoituksen vähentämisvaatimusten taustalla on halu vähentää siihen liitettyä epäedullista hoito- ja rahoitusvastuun siirtoa ja osaoptimointia sekä kannus-taa eri toimijoita vähentämään kokonaiskustannuksia (STM 2015a, 9, 18–19). Mutta miksi rahoitusjärjestelmän muuttaminen on ollut niin hidasta, vaikka monikanava-rahoituksen ongelma on havaittu jo vuosikymmeniä sitten? Ilmiöstä saatavissa ole-van tiedon avulla pyrin selvittämään, mitä monikanavarahoitus on ollut avotervey-denhuollossa ja miksi siitä on tullut ongelma? Kuinka suuresta tai laajasta ongelmasta monikanavarahoituksessa on kysymys?

## 1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset

Vaikka monikanavarahoituksen ongelmaa on terveydenhuollossa käsitelty laajana, koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskettavana ongelmana, sen kritiikki on koh-distunut lääkäreiden vastaanottopalveluiden saatavuuteen kunnallisen perustervey-denhuollon avosairaanhoidossa (THL 2011, 26; Erhola ym. 2013). Monikanavarahoi-tuksen tutkimisen haasteena on ollut se, mihin suhteutettuna monikanavarahoitusta

11 STM:ssä kehitetyn sosiaalimenojen ennustelaskelman eli ns. SOME-mallin mukaan säästöjä on saavutettavissa, jos kaikkien terveys on sama kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla. Kustannukset pienenevät, kun osa tärkeistä kan-santerveysongelmista poistuu, mikä vaikuttaa myös työllisyyteen ja epäsuoriin kustannuksiin (Myhrman ym. 2009, 63–64). SOME-mallia on hyödynnetty VM:n tuottamissa julkisen talouden kestävyysvajeen arvioissa (VTV 2017c, 4).

pidetään ongelmana? Jos palvelujärjestelmästä olisi saatavissa ilmiön tutkimiseksi valmiita aineistoja, tätä tutkimusta ei olisi tarvinnut tehdä. Tutkimuksessa olen hyödyntänyt tilastoaineistoja pääasiassa perusterveydenhuoltotasoisesta yleislääkärien vastaanottotoiminnasta. Kunnallisen perusterveydenhuollon lisäksi tarkastelen työterveydenhuollon yleislääkäreiden ja erikoistuneiden lääkäreiden vastaanottotyötä, sairaan- tai terveydenhoitajien vastaanottotyötä sekä niihin liittyviä laboratorio- ja kuvantamispalveluja. Toisaalta kansallisista taloustilastoista arvioimissani tiedoissa nämä palvelut määritellään toisenlaiseksi kokonaisuudeksi. Esimerkiksi hyödynsin tutkimuksessani työterveyshuollon alueellisen kustannusosuuden arvioinnissa ”perusterveydenhuollon avoterveydenhoitoa”, joka sisältää tilastoissa vastaanottotoiminnan lisäksi kotisairaanhoitoa, rokotuksia, sairaaloiden poliklinikoita, kuntoutusta, neuvoloita ja suun terveydenhuoltoa. Tutkimukseni eri tilastoanalyysissä kuvaan, mitä tilastoaineistot sisältävät.

Miten monikanavarahoituksesta tuli ongelma? Koska tavoitteeni on lisätä ilmiön syvällistä ymmärtämistä, tuotan tutkimuksessani ilmiöön liittyvän teoreettisen viitekehysten instituutiteorioiden ja niitä täydentävien päämies-agenttiteorioiden avulla. Rakennan viitekehysten yhtäältä terveydenhuollon rahoitusta kuvaavien yleisten rahoitusteorioiden ja toisaalta kansainvälisten rahoitusjärjestelmien rakenteiden kuvauksissa esittämäni rahavirtamallin ympärille. Empiirisessä osassa kontekstoin ilmiön terveydenhuollon institutionaaliseen ja lainsäädännölliseen kehitykseen. Käsittelen ilmiöön vaikuttanutta lainsäädäntöä ja sairausvakuutuksen, kansanterveyslain, työterveyshuollon ja kuntien valtionosuuslain vaikutuksia. Lisäksi käsittelen institutionaalisia rakenteita, kansallista ja kansainvälistä keskustelua, terveystalitiikkaa sekä poliittisten puolueiden näkemyksiä monikanavarahoituksesta. Koostan tietoa järjestelmässä käyttämättä jääneistä yhteistyömahdollisuuksista, jotka edesauttoivat monikanavaisen rahoitusjärjestelmän muotoutumista. Käsittelen monikanavarahoituksen eri palvelukanavien erillisyyttä vahvistanutta lainsäädäntöä ja ilmiöön vaikuttanutta keskustelua.

Käsitykseni mukaan monikanavarahoituksen ongelman laajuutta on arvioitava järjestelmätasolla terveydenhuollossa ja mikrotasolla sen avoterveydenhuollon, erityisesti perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon palveluissa. Järjestelmätasolla tarkoitan niitä palvelujärjestelmän instituutionaalisia rakenteita, joiden avulla yhteiskunta edistää väestön terveyttä ja hoitaa sairauksia. Mikrotasolla tarkoitan alueellista potilas- tai asiakastasoa, kun palveluita käytetään (ks. Niemelä 2010, 16: makro- ja mikrotasot). Empiirisessä osassa tutkin ensin monikanavarahoitusta järjestelmätasoisena ongelmana kokonaisvaltaisesti<sup>12</sup> valtakunnallisia tilastoaineistoja (THL 2016a ja b) hyödyntäen. Mikrotason tarkastelussa tutkin avoterveydenhuoltoa alueellisten, ikäryhmittäisten palveluiden käytön ja kustannusten avulla. Koska monikanavara-

12 Järjestelmätasoinen tarkastelu tehdään usein ulkopäin ns. lintuperspektiivistä, jolloin ilmiötä hahmotetaan geometrinen kuvien avulla (Rakitov 1978, 6-7). Tunnetuimpia ovat ns. *triple aim* -mallit, joiden avulla on rakennettu palvelujärjestelmän suorituskyvyn mittaristoja (Stiefel ja Nolan 2012, 1; ks. myös Torkki ym. 2017, 2).

hoituksen merkittävästä osasta, työterveyshuollon palvelujen käytöstä, ei ollut saatavissa yksilötasoisia tietoja valtakunnallisista rekistereistä, hyödynsin tutkimuksessa aiemmin tuottamaani työterveyshuollon alueellista kustannusaineistoa (Hujanen ja Mikkola 2013).

Varsinaista monikanavarahoituksen arviointia varten rakensin aineiston perusterveydenhuoltotasaisen avohoidon neljästä rinnakkain toimivasta palvelukanavasta yhdellä alueella, Oulussa. Vaikka palvelukanavissa tuotetaan sisällöltään erilaisia palveluita eri henkilöille ja palveluiden kustannukset vaihtelevat asiakaskohtaisesti, muodostavat ne yhden monikanavarahoitteisina palveluina arvioitavan kokonaisuuden. Aineistoni<sup>13</sup> kustannustiedot ovat yksilötasoihin tietoihin perustuvia summattietoja palvelujen käytöstä ikäryhmittäin (0–100-vuotiaat). Käytössäni ei ollut yksilötasoisia rekisteritietoja, joten en voinut arvioida monikanavarahoituksen ongelmaa niiden perusteella. Monikanavarahoituksen laajuuden tutkimus perustuu laskennallisiin arvioihini, joissa olen kohdistanut kaikkiin kustannuseriin muun muassa hallinto- ja yleiskustannukset, asiakkaiden palveluiden käyttöön perustuvat maksut sekä työnantajien rahoituksen. Lisäksi tein tutkimusta varten tuottamistani tilastoaineistoista laskennallisia analyyseja kustannus- ja rahoitusvaikutuksista. Miten julkisen ja yksityisen rahoittajatahon rahoitusosuudet muuttuvat, jos monikanavarahoituksen vähentämisessä siirrytään kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelussa esitettyjen poliittisten tavoitteiden mukaisesti?

Tutkimustulokseni ja johtopäätökseni monikanavarahoituksen ongelmasta nousevat tutkimukseen valikoimieni dokumentti- ja tilastoaineistojen analysoinnista sekä teoreettisesta viitekehyksestä. Keskityn tutkimaan erityisesti perusterveydenhuollon avohoitoa, työterveyshuoltoa ja lopuksi erityisesti avoterveydenhuollon eri palvelukanavissa tuotettua avosairaanhoitoa. Määrittelen kokonaisuuden perusterveydenhuoltotasoiseksi vastaanottotoiminnaksi. Vaikka monikanavarahoituksen ongelmia on liitetty myös useisiin muihin terveyspalveluihin, esimerkiksi kuntoutukseen (Miettinen 2011, 11; STM 2017a) ja terveyden edistämiseen (STM 2002a, 37), ainoastaan sivuan niitä tutkiessani monikanavarahoituksen laajuutta kansallisten menotilastojen avulla. Jätän tutkimukseni ulkopuolelle suun terveydenhoitoon, laitoshoidon, erikoissairaanhoitoon ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvän monikanavarahoituksen.

Vaikka väitöskirjatutkimuksessani on piirteitä monimenetelmällistä tutkimuksesta<sup>14</sup> (ks. Creswell ja Plano Clark 2011, 56–57), tutkimukseni voidaan määritellä moniaineistolliseksi tutkimukseksi, jossa analysoidaan pääasiassa kvantitatiivisesti tilas-

13 Aineistoni on ns. Oulun hankkeen esitutkimusaineisto avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan ikä- ja sukupuoli-ryhmittäisistä kustannuksista. Varsinainen Oulu-hanke on yksilötasoihin rekisteritietoihin perustuva laaja tutkimuskokonaisuus (ks. luku 1.5).

14 Monimenetelmällinen (usein engl. *mixed-methods*) tutkimus perustuu pääasiassa kvalitatiivisiin menetelmiin. Lisäksi tutkimuksessa voidaan hyödyntää kvantitatiivisia menetelmiä esim. kysely- ja haastatteluaineistojen sekä muiden määrällisten aineistojen analysoinnissa (ks. esim. Seppänen-Järvelä ym. 2015; Pehkonen ym. 2017).

toaineistoja ja kvalitatiivisesti kuvaillen historiallisia ja asiakirja-aineistoja. Jatko-tutkimuksissa on tarpeen tarkastella monikanavarahoituksen ongelmaa palveluiden saatavuuden näkökulmasta yksilötason moniaineistoilla ja monimenetelmällisesti, kun tarvittava tietopohja on riittävä.

### 1.3 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitä monikanavarahoitus on käsiteteoreettisesti?
2. Miksi monikanavarahoitus on ongelma?
3. a) Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa järjestelmätasolla?  
b) Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa mikrotasolla?  
c) Miten julkisen ja yksityisen rahoittajan rahoitusvastuut muuttuvat, jos siirrytään kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta sote-uudistuksessa esitettyjen poliittisten tavoitteiden mukaisesti (laskennalliset arviot)?

### 1.4 Etenevän ymmärryksen kehä tutkimusotteena

#### 1.4.1 Hermeneuttinen tutkimusote

Väitöskirjani perustuu ns. konstruktiiiviseen tieteenfilosofiseen näkemykseen, jossa todellisuus on eri yksilöiden ja yhteisöjen monitulkintaista kontekstisidonnaista merkityksellisyyttä. Monikanavarahoituksen ongelmassa ei ole kysymys totuuksien tai epätotuuksien vertailuista, vaan erilaisten rakenteiden ja konstruktoiden muodostumisen ymmärtämisestä (Raunio 1999, 84–85: ks. myös todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta Berger ja Luckmann 1994 ja monitulkintaisuudesta esim. Siner-vo 2011, 39–40). Koska esiyymmärrykseni monikanavarahoituksesta oli ristiriitainen, valitsin ymmärtävän ja tulkitsevan eli hermeneuttisen tutkimusotteen. Monikanavarahoituksesta oli erilaisia tulkintoja ja runsaasti jäsentymätöntä tietoa, joten ilmiön hahmottaminen kokonaisuutena vaati menetelmän, jossa käsittelen tietoa ns. etenevän ymmärtämisen hermeneuttisessa kehässä.

Tutkin monikanavarahoitusta ongelmana avoterveydenhuollon rahoituksessa. Filosofian näkökulmasta monikanavarahoitus olisi voinut olla aikakauden tulkinnassa yhteiskunnan ”suuri ongelma”, joita on vastaavanlaisina ja kiistanalaisina ongelmia aina ollut ja tulee jatkossakin olemaan (ks. Haaparanta 2010, 24–26). Tähän ”moni”-ongelmaan voi jo tiedon luonteeseen perustuen liittyä rajanveto-ongelma, jolloin toisesta ihmisestä todellinen ongelma voi olla toisesta vain turha tai näennäinen. Yleisesti se, että jokin ilmiö on ongelma, saattaa perustua arkitietoon eli tiettyjen henkilöiden tai ryhmien kokemuksiin ja havaintoihin. Arkitieto voi olla satunnaista, löysää ja kuritonta, subjektiivista, aikaisempaa tuttua toimintaa tukevaa tai auktoriteettien käsityksiin perustuvaa, jolloin päätelmät siitä voivat olla kritiikittömiä. (Pirt-

tilä 1979, 10–11; Hirsjärvi ym. 2008, 19; ks. myös arkiymmärryksestä ja arkitodellisuudesta Berger ja Luckmann 1994, 29–35.)

Kun kaikille arkitieto ei riitä, tietoa on tarkistettava ja järjestettävä systemaattiseksi tieteelliseksi tiedoksi, jonka avulla ”ongelma” saatetaan pystyä ratkaisemaan (ks. Pirttilä 1979, 10–11). Monikanavarahoituksen tutkimukseen voi liittyä rajanveto-ongelmaa niin, että eri tieteenaloilla samaa ongelmaa on tutkittu eri näkökulmista kunkin valitsemilla menetelmillä. Tällöin toiselle lähes varma tieto vaatii toisesta enemmän perusteluja (ks. Haaparanta ja Niiniluoto 1995). Jos ilmiöön liittyy säännönmukaisia havaintoja, sen systemaattisessa tutkimuksessa voidaan hyödyntää teorioita (Niiniluoto 1997, 193).

Viitekehitykseni muuttuvien instituutioiden teorioiden avulla tavoitteeni on ymmärtää monikanavarahoitukseen vaikuttanutta institutionaalista muutosta, historiallista kehitystä ja palvelukanavien erilaisia rakenteita, kuten toimintalogiikoita sekä niiden kannattajia. Päämies-agenttiteoria on instituutioteorioita täydentävä teoria. Sen avulla voidaan ymmärtää erilaisten osapuolten erillisyyttä kokonaisuuden osina. Kun viitekehityksen kehystävänä rakenteena ovat yleiset rahoitusteoriat, voin niiden avulla palastella järjestelmän ilmiön monitasoisuuden eri osia ja kokonaisuutta.

Virallisten tilastollisten menoaineistojen (mm. THL 2016a ja b ja 2017) avulla on saatavissa tietoa, miten sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytetyt varat jakautuvat valtakunnallisesti palveluittain tai rahoittajittain. Kuitenkaan viralliset tilastot eivät kerro riittävästi monikanavarahoituksen liittyvästä alueellisten kustannusten vaihtelusta esimerkiksi kunnittain. Aikaisempiin tutkimuksiin perustuen on tiedetty, että monikanavarahoituksen taloudellinen merkitys on vaihdellut alueellisesti jo siksi, että kunnallisesti järjestettyjen palveluiden kustannuksissa on ollut suuria eroja (Häkkinen ym. 1995b; Hujanen ym. 2006) tai että yksityisten lääkäripalkkioiden korvaukset ovat jakautuneet alueellisesti epätasaisesti (Mikkola ja Virta 2012, 193–194).

Koska alueellista tietoa ei ollut monikanavarahoituksen ongelman oleellisen osan eli työterveyshuollon kustannuksista, tuotin niistä alueellisen kustannusaineiston (Hujanen ja Mikkola 2013). Tämä aineisto mahdollisti monikanavarahoituksen neljästä palvelukanavasta<sup>15</sup> muodostuvan ongelman arviointiin tarvittavan tilastoaineiston tuottamisen yhdellä alueella. Kun yhdistin edellä esitettyjen aineistojen analysoinnin tuloksia, voin hahmottaa monikanavarahoituksen ongelmaa tutkimukseni kuvioissa ikäryhmittäisinä kustannuksina ja rahoituksena alueellisesti ja koko maassa. Siten pystyin eri tilastoaineistojen avulla ymmärtämään monikanavarahoituksen ongelman laajuutta järjestelmätasolla ja mikrotasolla.

15 Kunnallinen perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, yksityiset palvelut ja YTHS.

Modernin hermeneuttisen filosofian kehittäjän Friedrich Schleiermacherin<sup>16</sup> mukaan täydellinen ymmärtäminen olisi ”loputon tehtävä”, sillä ymmärtämiselle ei ole loppupistettä. Tutkimukseni haasteena olivat monikanavarahoituksesta saatavissa olevat eri tyyppiset historialliset dokumentit, poliittisten puolueiden, kansainvälisten järjestöjen ja muissa lähteissä esitetyt yhteiskunnalliset näkemykset, hallinnolliset tilastot sekä lainsäädännön aineistot. Toisaalta tutkimukseen tarvittavien määrällisten aineistojen tietopohja vaikutti puutteelliselta. Määrittelin ilmiön käsiteteoreettisesti, ja tutkin sen historiallista kehittymistä terveydenhuollossa sekä ilmiöön liitettyjä näkemyksiä. Määrällisten valmiiden tilastoaineistojen lisäksi hyödynsin laadullisia dokumenttiaineistoja ja tuotin uusia tilastoaineistoja (vrt. Niiniluoto 1997, 70–71).

Työterveyshuolto on usein aikaisemmin jätetty terveydenhuollon kustannusarviointien ulkopuolelle. Kun sovelsin teoreettista viitekehystäni neljän avoterveydenhuollon palvelukanavan kokonaisuuteen ja arvioin sen merkitystä kustannuksina, tuotin monikanavarahoituksen kokonaisuudesta ja todellisuudesta tietoa, jossa työterveyshuolto on mukana. Tässä tutkimuksessa määrällisten tilastoaineistojen ja laadullisten dokumenttiaineistojen yhdistäminen on moniaineistollisuutta. Tieteenfilosofian näkökulmasta siinä on piirteitä monimetodisesta triangulaatiosta (ks. Raunio 1999, 340–343).

#### 1.4.2 Etenevän ymmärryksen hermeneuttinen kehä

Koska minulla oli tutkittavasta monikanavarahoituksesta esiyymmärrystä, pystyin tunnistamaan sen kokonaisuudessa osia ja toisaalta rakentamaan sen kokonaisuutta eri osien avulla (ks. Niiniluoto 1983, 169; Alanen 2014, 39–40). Tieteenfilosofian näkökulmasta pyrin tutkimuksessani ymmärtämään ilmiötä hermeneuttisessa kehässä, jossa uuden tiedon ja uudelleen löytyvän tiedon avulla selvennän esiyymmärrystä sekä korjaan mahdollisia aikaisempia virheellisiä tulkintoja. (Ks. Kusch 1986, 39; Alanen 2014, 40.)

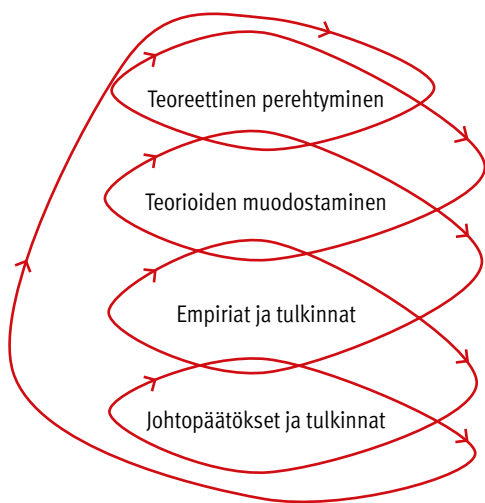
Monikanavarahoituksen ongelmasta esitetyt tulkinnat ovat kukin merkityksellisiä ”poikkileikkauksia” ilmiön ymmärtämisessä. Esimerkiksi ilmiön historiallinen institutionaalinen kehitys, säätely tai puolueiden näkemykset ilmiöstä ovat erilaisten sanojen ja merkitysten kokonaisuuksina viitekehyksiä, paradigmoja tai kielipelejä, joihin kaikkiin liittyy omat sääntönsä. Vaikka eri osat voivat kokonaisuutena täydentää toisiaan, niiden erilaiset tulkinnat voivat olla ristiriitaisia. Esimerkiksi potilaan ja lääkärin hoitosuhteessa, terveydenhuollon tavallisimmassa päämies-agenttisuhteessa, osapuolilla on harvoin yhtä paljon tietoa sairauksista, jolloin erilaiset tulkinnat voivat

16 Friedrich Schleiermacher oli saksalainen teologi (1768–1834), joka on kehittänyt ns. hermeneutiikan eli Raamatun tekstien tulkintaopin, jossa ymmärtämisen edellytyksenä on historian tunteminen. Ushermeneuttisuus on vaikuttanut mm. Hans-Georg Gadamerin (1900–2002) tieteenfilosofiaan, jossa korostetaan humanististen tieteiden, historian ja tradition tuntemisen merkitystä käsitteiden tulkinnassa. Hermeneutiikka ei ole pelkästään humanistista filosofiaa, vaan pyrkimystä ”kaiken tulkitsevan tiedostamisen perusteiden selvittämiseen”. (Niiniluoto 1997, 56, 59.)

johtaa väärinkäsityksiin (ks. Alanen 2014, 40–41). Käsittelen monikanavarahoituksen tulkinnallisuuden erojen laajuutta alkaen sen määrittelystä käsiteteoreettisesti.

Syrjälää ym. (1995, 125) tulkiten tutkimuksen etenemisessä hermeneuttinen kehä muodostuu spiraalimaisesti, kun ilmiöön perehdytään teoreettisesti, hankitaan aineistot, tulkitaan niitä ja muodostetaan teorialat. Lopuksi luokitellaan tietoa ja tulkitaan uudelleen. Tätä kehämäistä ajattelumallia on sovellettu erityisesti laadullisessa aineistolähtöisessä tutkimuksessa, mutta se soveltuu myös tutkimukseeni, jossa tutkin eri vaiheissa sekä määrällisiä että laadullisia aineistoja. Olen valinnut tutkimuksessani ilmiön ymmärtämiseen tarvittavat teorialat teoreettisen perehtymisen jälkeen. Kehystän eli kontekstoin ilmiön avoterveydenhuoltoon teoreettisen viitekehyksen ja empiiristen aineistojen avulla. Etenevän kehän lopussa palaan lähtöpisteeseen johtopäätökset ja uudelleentulkinnat mukaan. Tässä tutkimuksessa tavoitteenani ei ole tuottaa uusia teorioita. Kuviossa 1 havainnollistan etenevään ymmärtämiseen perustuvaa hermeneuttisen kehän ideaa tutkimuksessani.

**Kuvio 1.** Hermeneuttinen kehä tutkimuksessani.



Lähde: Syrjälä ym. 1995, 125, mukaillen.

Väitöskirjatutkimuksessani arvioin monikanavarahoituksen ongelmaa ilmiönä ja kokonaisuutena terveydenhuollon järjestelmässä, mikä on järjestelmätasoisena ajatteluna tyypillistä organisaatio- ja johtamistutkimuksessa (Stenvall ja Virtanen 2012, 111). Monikanavarahoituksen historian tulkinnassa käsittelen ilmiön kehittymistä järjestelmän muutosten näkökulmasta. Tuottamani teoreettinen viitekehys perustuu tulkintaani historiallisen ja nykyisen terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmän kehitykseen vaikuttaneista rakenteista.

Virallisten tilastojen avulla hahmotan ilmiötä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusrakenteissa. Kun lisäsin kokonaisuuteen arviointini virallisista valtakunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoista sekä ilmiön asettumisesta kansainväliseen kehikseen, kontekstoin ilmiön järjestelmätasoisena avoterveydenhuollon monikanavarahoituksen ongelmana. Lopuksi etenen ilmiön tulkitsemiseksi sen merkitykseen perusterveydenhuoltotasoisena avoterveydenhoidon ja erityisesti sen sairaanhoidon vastaanottotoiminnan neljän palvelukanavan kokonaisuudessa euroina ja prosenttiosuuksina. Siten hermeneuttinen kehäni muodostuu erilaisten päättelymuotojen, deduktion ja induktion, yhdistämisestä.

#### 1.4.3 Tieteellinen päättely ja abduktio

Hermeneuttiseen tutkimusotteeseen soveltui tiedollista ja teoreettista esiyymmärrystä hyödyntävä abduktiivinen päättely, jossa tutkimalla aiemmin tiedettyä sekä yhdistelemällä aineistoja ja teorioita voidaan löytää uutta tietoa (Tuomi ja Sarajärvi 2009). Kun esiyymmärrykseeni perustuen voin tunnistaa kokonaisuuksia, voin kokonaisuuksien avulla eritellä niiden osia, tai päinvastoin. Tämän ymmärtävän metodologian mukaisesti eri tilanteita tulkitaan ”oman ymmärtämistavan avulla”, ei erillisinä tosiasioina. Ymmärtämisen peruskäsityksenä on, että ”ihminen elää olemisen ymmärtäneisyyden tilassa; ihminen on aina jo tulkinnut maailman. Olla ihminen on yhtä kuin olla ymmärtänyt maailman jollakin tavalla”. (Alanen 2014, 39.) Abduktiivinen päättely mahdollistaa virheellisten tulkintojen ja esiyymmärryksen korjaamisen.

Abduktiivisessa päättelyssä hyödynnän sekä deduktiivista että induktiivista tieteellistä päättelyä. Siten monikanavarahoituksen ongelma voidaan argumentoida deduktiivisesti kahden premissin (A1, A2) eli totuusväitteen ja niitä seuraavan johtopäätöksen (A3) avulla seuraavasti:

A1. Monikanavarahoitus aiheuttaa terveydenhuollossa ongelmia.<sup>17</sup>

A2. Suomen terveydenhuollon rahoitus on monikanavaista.<sup>18</sup>

A3. Suomen terveydenhuollon rahoitus aiheuttaa ongelmia.

Tämä deduktiivinen päättely (A) etenee yleisestä yksityiseen, ja jos johtopäätös (A3) on premissien luonnollinen seuraus, se on loogisesti perusteltua ja pätevää. Esimerkin johtopäätös on tosi, mutta ongelman mittaluokasta ei saada tietoa. Induktiivisessä päättelyssä päinvastoin etenen yksittäisestä yleiseen, esimerkiksi tässä kuvitteellisessa esimerkissä premissistä (B1) johtopäätökseen (B2):

B1. Monikanavarahoitus on ongelma Helsingissä ja Tampereella.

B2. Monikanavarahoitus on kaupunkien ongelma.

17 Pekurisen (2007) mukaan rahoituksessa on useita ongelmia ja uudistamistarpeita.

18 ”Palvelujärjestelmä on monikanavainen, koska rahoituslähteitä on monia” (Kokko 2013, 248; ks. myös THL 2010, 149).



Vaikka induktiivinen päättely (B) lisää tietoa, se ei ole välttämättä totta eli totuutta säilyttävää samalla tavalla kuin deduktiivisuus. Lisäksi haasteena on se, miten hyvin yksittäisiä havaintoja voidaan yleistää. (Haaparanta ja Niiniluoto 1995, 56–59; Baggin ja Fosl 2013, 23–24.)

Abduktiivisessa päättelyssä hyödynnän muita päättelymuotoja siten, että teoretisoin empiirisesti koettua ja palaan empiriaan. Tutkin monikanavarahoitusta ongelmana laadullisten historiallisten dokumenttiaineistojen ja puolueiden asiakirja-aineistojen avulla, jolloin tulkinnassa on aineistolähtöistä induktiivista sisällönanalyysia. Kun tutkin monikanavarahoitusta instituutiteorioista ja päämies-agenttiteorioista muodostetun viitekehyksen avulla, tulkinta on teorialähtöistä ja deduktiivista päättelyä. Tutkimuksessa empiiristen tilastoaineistojen käyttö mahdollisti induktiivisen päättelyn, sillä näiden määrällisten aineistojen avulla voin arvioida monikanavarahoituksen merkityksiä eri palveluiden käytön kustannuksina. (Vrt. Tuomi ja Sarajarvi 2009, 103–104.)

Abduktiivista päättelyä ei voi olla ilman esiyymmärrystä (ks. Sneck 2002, 42), mikä on vaikuttanut tutkimuksessani siihen, miten olen määritellyt monikanavarahoituksen käsitteenä ja valinnut tutkimusaineistot. Abduktiivisen päättelyn avulla olen voinut ymmärtää tapahtumia ajallisesti taaksepäin tulkitsemalla sitä, mitkä johtolangat esimerkiksi historiallisissa järjestelmäkuvauksissa antavat tapahtumille parhaan mahdollisen selityksen (ks. Niiniluoto 1983, 165). Abduktiivisen päättelyn avulla olen ottanut tutkimuskohteen haltuun jo tutkimuskysymysten, menetelmien ja aineistojen valinnassa. Abduktiivista päättelyä on se, että olen hakenut selityksiä nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän muotoutumiseen terveydenhuollon neljän erillisen palvelukanavan institutionaalisesta ja lainsäädännöllisestä kehityksestä. Kun olen voinut keskittyä olennaiseen, tuloksena on kohtuullinen oletamus tulosten tulkinnassa ja johtopäätöksissä.

## 1.5 Empiiriset tutkimusaineistot ja -menetelmät

Hyödynsin tutkimuksessa useita ajankohtaisia valtakunnallisia hallinnollisia asiakirjoja ja lainsäädäntöaineistoja, terveydenhuollon historiallisia kehityskuvauksia ja tutkimuksia. Lisäksi analysoin poliittisten puolueiden asiakirjoja ja muuta yhteiskunnallista keskusteluaineistoa, valmiita virallisia tilastoaineistoja ja tutkimusta varten tuottamiani tilastoaineistoja. Taulukossa 2 (s. 25) esittelen tutkimusaineistoja ja menetelmiä tutkimuskysymyksittäin.

**Taulukko 2.** Monikanavarahoitustutkimuksen kysymykset, tutkimusaineistot ja -menetelmät sekä arvioita tulosten luonteesta.

Tutkimuskysymykset	Aineistot	Menetelmät	Tulosten luonne
1. Mitä monikanavarahoitus on käsitteoreettisesti?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kotimaiset tutkimukset ja selvitykset</li> <li>– Kansainväliset, erityisesti OECD:n selvitykset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monikanavarahoituksen käsitteoreettinen määrittely</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Käsitteiden ja määritelmien yksiselitteisyys ja yhtenevyys</li> </ul>
2. Miksi monikanavarahoitus on ongelma?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Historialliset kehityskuvaukset ja ajankohtaiset hallinnolliset aineistot</li> <li>– Poliittisten puolueiden asiakirjat ja muu diskurssi</li> <li>– Kansainväliset ja kansalliset aineistot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erilaisten dokumenttiaineistojen haltuunotto ja analysointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erilaiset näkökulmat ja perusteet monikanavarahoitukselle ongelmana ja perusteet vaatimuksille purkaa monikanavarahoitus</li> </ul>
3. a) Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on järjestelmätasolla? b) Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on mikrotasolla (alueellisesti)? c) Miten julkisen ja yksityisen rahoittajan rahoitusvastuut muuttuvat, jos poliittisten tavoitteiden mukaisesti siirrytään kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Valtakunnalliset kustannus- ja rahoitustilastot</li> <li>– Monikanavarahoituksen teoreettinen viitekehys palvelukanavien rakenteiden tulkinnessa</li> <li>– Työterveyshuollon alueellinen kustannusaineisto koko maassa</li> <li>– Perusterveydenhuoltotoimiston avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan käyttö- ja kustannusaineisto ikäryhmittäin Oulusta</li> <li>– Perusterveydenhuoltotoimiston avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan laskennallinen kustannus- ja rahoitusaineisto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Virallisten tilastojen analysointi monikanavarahoituksen näkökulmasta</li> <li>– Teoreettisen viitekehksen soveltaminen perusterveydenhuollon avohoidon rinnakkaisiin palvelukanaviin</li> <li>– Työterveyshuollon kustannusten alueellisen aineiston tuottaminen ja analysointi</li> <li>– Neljän palvelukanavan aineiston tuottaminen ja analysointi</li> <li>– Laskelmat yksi- ja kaksikanavarahoituksesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monikanavarahoituksen ongelman laajuus järjestelmätasolla</li> <li>– Institutionaalisten rakenteiden erillisyyden avoterveydenhuollossa</li> <li>– Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollossa sekä avoterveydenhuolto ikäryhmittäisinä kustannuksina ja rahoituksena</li> <li>– Yksikanava- ja kaksikanavarahoitusmuutosten vaikutukset julkisen ja yksityisen rahoittajan rahoitusvastuisiin</li> </ul>

Kun tutkin monikanavarahoituksen määrittelyä, käytin lähteinä kansallisia ja kansainvälisiä hallinnollisia selvityksiä (mm. THL ja STM, OECD) ja kirjallisuutta. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kuvaukset ja arvioinnit ovat olleet suosittu aihe 2010-luvulla suomalaista terveydenhuoltoa käsittelevässä kirjallisuudessa<sup>19</sup> (mm. Soininvaara 2009; Leppo 2010; Hiilamo ym. 2010; Alkio 2011; Välimäki 2013; Seuri 2013; Tiessalo 2014; Hiilamo 2015; Lillrank ym. 2016; Nylander 2016). Julkaisuissa kirjoittajat ovat yhdistäneet tutkimusten ja selvitysten tuloksia, yksittäisiä havaintoja, historiaa, kehitystarpeita ja tulkintojaan. Monikanavarahoitusta kuvataan julkaisuis-

19 Osan kirjallisuudesta voi arvioida olleen pamfletteja eli ajankohtaisesta aiheesta arvostelemaan, vastustavaan tai provosoivaan sävyyn kirjoitettuja mielipidekirjoja tai tutkielmia (määritelmästä ks. Tieteen sanastokeskuksen TEPA-termipankki <http://www.tsk.fi/tepa/netmot.exe>).

sa enimmäkseen ongelmana, joka voidaan ratkaista kirjoittajan valitseman näkökulman tai mallin avulla.

Käsitykseni lähtökohtana on se, että monikanavarahoituksen kehittymisen erityispiirteisiin ovat vaikuttaneet erityisesti lainsäädäntö, puoluepoliittiset linjaukset ja valitut terveyspolitiikat. Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavilla on jokaisella vähintään 50 vuoden kehityskaari, jossa kokonaisuuden kehittymisen kannalta merkittävimpiä ovat olleet sairausvakuutuslakiin (L 364/1963; L 1224/2004), kansanterveyslakiin (L 66/1972), työterveyshuoltolakiin (L 743/1978; L 1383/2001) ja kuntien valtionosuusuudistukseen liittyvät tapahtumat (L 733/1992). Kokoan yhteenvedon järjestelmässä käyttämättä jääneistä historiallisista yhteistyömahdollisuuksista, jotka johtivat monikanavaisen rahoitusjärjestelmän muotoutumiseen. Käsittelen myös muuta lainsäädäntöä ja monikanavarahoitukseen vaikuttaneita muutoksia.

Terveydenhuollon monikanavarahoituksen kehityksen kuvauksissa tietolähteitani ovat olleet tutkimukset ja kuvaukset sosiaaliturvajärjestelmän kehityksestä (Hellsten 1993), Kelan hallinnoimasta sairausvakuutuksesta (Niemelä 1994; Häggman 1997; Kangas 2006; Mattila 2011; Niemelä 2014) sekä palvelujärjestelmän erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta (mm. Kokko 2015, 27–42). Olen hyödyntänyt tutkimuksia julkisen sektorin uudistuksista (mm. Niemelä 2008), kuvauksia hyvinvointivaltion sosiaali- ja terveyspolitiikasta (mm. Harjula 2007; Saari 2009, 13–64; Leppo 2013, 96–102; Hiilamo ym. 2014, 195–209), rahoitusjärjestelmästä (Airio ja Niemelä 2015, 43–60; Lehto 2015, 61–78), järjestelmän yleisestä kehityksestä (Hiilamo ym. 2010; Niemelä ja Saarinen 2015, 13–26) sekä lainsäädäntöön liittyvistä asiakirjoista ja kuvauksista (mm. hallituksen lakiesityksissä eduskunnalle; Tuori ja Kotkas 2016, 89–134). Vaikka avoterveydenhuollon palvelukanavilla on ollut keskinäisiä yhteyksiä julkisina terveyskeskuspalveluina tai yksityisinä palveluina, käsittelen niitä toisistaan erillisinä siiloutuneina<sup>20</sup> kokonaisuuksina (ks. Mattila 2011, 152, 170; Niemelä 2014, 308–309).

Tein asiakirja-analyysia siitä, onko puolueiden yleis-, vaali- ja erityisohjelmissa vuosina 2006–2017 käsitelty terveydenhuollon monikanavarahoitusta vai ei. Jos monikanavarahoitusta on käsitelty, tutkin, miten asia on ilmaistu. Aineistonani olivat ne eduskunnassa toimivien puolueiden periaate- ja tavoiteohjelmat sekä eduskunta- ja kunnallisvaaliohjelmat, jotka olivat saatavissa 1.–9.1.2017 Poliittisten ohjelmien POHTIVA-tietovarannosta<sup>21</sup> ja puolueiden verkkosivuilta sähköisinä asiakirjoina. Arvioinnissani oli mukana yhteensä 80 asiakirjaa.

Puolueiden asiakirjojen analysoinnissa hyödynsin sisällönanalyysia (vrt. Tuomi ja Sarajarvi 2013, 105) ja poimin aineistoista puolueiden näkemyksiä monikanavara-

20 Siiloutuminen voi tarkoittaa tietyn toiminnan liiallista eristäytymistä muusta ympäristöstä (Sinkkosta ym. 2017, 112 mukaillen). Siiloutuneen palvelujärjestelmän avulla voidaan vastata huonosti runsaasti palveluja käyttävien väestöryhmien tarpeisiin (Leskelä ym. 2013, 3163).

21 Ks. <http://www.fsd.uta.fi/pohtiva/>.

hoituksesta, yksikanavarahoituksesta, verorahoituksesta, sairausvakuutuksesta ja asiakasmaksuista. Saarinen (2013a, 328) on ryhmitellyt 2000-luvulla eduskuntapuolueiden esittämiä laajoja sosiaali- ja terveystaloudellisia linjauksia. Teemoja ovat olleet muun muassa terveyserot terveystaloudellisinä ongelmina, palvelujärjestelmän rakenteiden muuttaminen, yksityiset palvelut, omavastuuosuudet ja kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä. Saarista (2013a, 334–335) tulkiten 2000-luvun terveystaloudellisisissa linjauksissa monikanavarahoitusta on käsitelty verorahoitteisena ja sairausvakuutuksen kautta rahoitettuna, vaikka erityisenä käsitteenä tästä ”kaksikanavarahoituksen” käytöstä ei ole asiakirjoissa esimerkkejä. Puolueiden asiakirjojen analysointia on tehnyt lisäksi Chydenius ym. (2016), jotka ovat tutkineet eduskuntapuolueiden ohjelmissa esitettyjä näkemyksiä terveydenhuollon valinnanvapaudesta.

Koska monikanavarahoitteisessa järjestelmässä työterveyshuollolla ja opiskelijaterveydenhoidolla (ml. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö) on oma osuutensa, poimin analyysiin mukaan puolueiden näkemyksiä niistä. Luokittelin esiin nousevat puolueiden näkemykset neljään väitöskirjani kannalta oleelliseen teemaan: monikanavarahoitus, asiakasmaksut, työterveyshuolto ja opiskelijaterveydenhoito. Nämä teemat muodostivat kehyksen, johon perustuen tein johtopäätöksiä puolueiden suhtautumisesta monikanavarahoitukseen. Poliittisten puolueiden aineistossa ei ole mukana valmisteilla olleeseen sote-uudistukseen liittyviä vastauksia hallitustunnustelijoiden kysymyksiin, eurovaali-ohjelmia, puoluekokoukskeskusteluja ja -aloitteita tai yksittäisten puolueaktiivien tai asiantuntijoiden kannanottoja. Arvioimistani 80 asiakirjasta (liite 1) 42:sta löysin mainintoja monikanavarahoituksesta ja siihen läheisesti liittyvistä teemoista. Asiakirjoissa esitettyjen näkemysten tulkinnallisuuden vähentämiseksi esitän asiakirjoista myös suoria lainauksia. Teen lopuksi yhteenvedon puolueiden esittämistä näkemyksistä.

Tutkimusta varten tuotin tilastoaineiston Työterveyshuollon alueelliset kustannukset (Hujanen ja Mikkola 2013), jonka avulla tuotin monikanavarahoituksen varsinaisen tutkimusaineiston oululaisten perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan käytöstä ja kustannuksista ikäryhmittäin. Tämä aineisto perustuu vuosina 2014–2015 kerättyyn Kelan, Oulun kaupungin ja Suomen itsenäisyyden juhlarahaston Sitran sekä neljän työterveyshuollon palveluntuottajan esitutkimusaineistoon. Siinä selvitettiin, onko Oulusta tuotettavissa laaja, koko sosiaali- ja terveydenhuollon yksilötasoisiiin rekisteritietoihin perustuva tutkimushanke<sup>22</sup>. Esi- tutkimuksessa palveluntuottajilta kerättiin ikäryhmittäisiin tietoihin perustuvat ai-

22 Esi- tutkimuksesta saatujen kokemusten perusteella käynnistettiin hanke ”Rahoituskanavat ylittävä palvelujen käyttö”. Tästä Oulun hankkeesta tuotetusta yksilötason rekisteriaineistosta on tehty useita seminaariesityksiä ja julkaisuja, joista tunnetuimpia ovat tutkimukset eri sektoreilla toimivien lääkäreiden lääkkeiden määräämiskäytännöistä ja kustannuksista (Miettinen ym. 2016; Aaltonen ym. 2018), eri sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytöstä (Blomgren ja Virta 2018) ja matkoista (Tillman ja Miettinen 2016). Lisäksi hankkeesta oli yhteistyökumppanina Nordic Healthcare Group (NHG), joka tuotti erilliskorvausta vastaan tutkimukset paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävistä asukkaista (Leskelä ym. 2013), eri rahoituskanavien roolista (Leskelä ym. 2016) ja eri sektoreiden peruspalvelujen käytöstä pitkäaikaissairailta (Leskelä ym. 2017) sekä laskelmia kapitaatiokorvauksista (Leskelä ym. 2018).

neistot, jotka ovat tämän väitöskirjatutkimuksen tutkimusaineistoa. Näihin aineistoihin perustuen tein laskennallisia analyyseja tilanteista, joissa monikanavarahoitusta vähennetään perusterveydenhuoltotasoisessa avosairaanhoidon vastaanotto toiminnassa ja siirrytään kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta. Tätä tutkimusta varten tuotamieni tilastollisten kustannusaineistojen (työterveyshuollon alueellinen aineisto, neljän palvelukanavan ikäryhmittäinen aineisto ja monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutukset) sisällöt, rajaukset ja käytetyt lähteet esitän liitteessä 2. Tuotamissani tilastoaineistoissa on runsaasti yksityiskohtaisia rajauksia, ja ne sisältävät avoterveydenhuollon eri palveluita. Myös virallisissa terveydenhuollon menoaineistoissa (THL 2016b) on käytetty erilaisia rajauksia ja määritelmiä.

## 1.6 Tutkimuksen asemoituminen eri tieteenaloille

Väitöskirjani on poikkitieteellinen. Se on kiinnitettävissä ja asemoitavissa usealle tieteenalalle. Tämä johtuu osin siitä, että esiymmärrykseni monikanavarahoituksesta oli hyvin ristiriitainen.

Olin aikaisemmin käytännön hoitotyössä hoitanut vaikeasti vammautuneita potilaita. Olin ollut Kuopion yliopistollisessa sairaalassa sairaanhoitajana (1988–1992), anestesiologyan ja tehohoidon erikoissairaanhoitajana (1992–2001) sekä palovamma- ja haavanhoidon kouluttajana (1999–2001) pääasiassa traumatologyan ja ensihoidon osastoilla. Ensinnäkin olin havainnut, että hoito oli parhaimmillaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, kuntoutuksen ja sosiaalipalveluiden saumatonta yhteistyötä. Toiseksi olin saanut käsityksen, että hoidon onnistumisen edellytyksenä oli useista lähteistä saatava rahoitus. Vaativat hoidot saattoivat muodostua potilaan kotikunnalle hyvin kalliiksi. Potilaalle useat asiakasmaksut ja omavastuut vammautumisesta pitkiin kuntoutumisjaksoihin olisivat olleet kestäättömän suuria ilman yhteiskunnan apua. Jos rahoitusta oli saatavissa kunnallisten palveluiden ja sairausvakuutuksen lisäksi vakuutusyhtiöiltä, Raha-automaattiyhdistykseltä, säätiöiltä sekä muista julkisista ja yksityistä lähteistä, hoitopolun rahoitus ei riippunut pelkästään julkisesta budjettirahoituksesta.

Tämän jälkeen käsitykseni ilmiöstä muuttui kielteisemmäksi, sillä hallinnollisen ja poliittisen keskustelun valtavirta korosti 2000-luvulla ilmiöön liittyviä haittoja (mm. THL 2011 ja 2012b). Käsitykseeni ilmiöstä vaikuttivat terveystaloustieteen ja terveyshallinnon opinnot (Kuopion yliopistossa 1999–2001) sekä työskentely Stakesissa (2001), THL:ssä (2002–2010) ja Kelassa (2010–). THL:ssä tutkin terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmää kustannusten ja rahoituksen näkökulmasta. Tuotimme raportin terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen alueellisista tarpeista ja menoista (Hujanen ym. 2006) sekä aineistoja tarvevakioiduista menoista vuoteen 2010 (mm. Hujanen ym. 2012). Teimme raportit terveyspalvelujen (mm. Hujanen ym. 2008a) ja sosiaalipalvelujen (Väisänen ja Hujanen 2010) yksikkökustannuksista sekä ikä- ja sukupuoliryhmittäisistä terveystaloustieteen menoista (Hujanen ym. 2008b). Raporttien tietoja on hyödynnetty muun muassa kansallisissa menolaskelmissa (THL 2017) ja

valtakunnallisissa kestävyysvajelaskelmissa<sup>23</sup>. Monikanavarahoituksen tilastollinen tutkiminen mahdollistui kuitenkin vasta Kelassa sairaanhoitovakuutuksen (Hujanen ym. 2011) ja työterveyshuollon kustannusten (Hujanen ja Mikkola 2012; Hujanen ja Mikkola 2013; Hujanen ja Mikkola 2016) tutkimusten avulla.

Kun perehdyin terveydenhuollon monikanavarahoituksen ongelmaan, esille nousi kaksi periaatekokonaisuutta. Ensimmäinen periaate oli historiakuvausten perusteella pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden toteuttama universalismi. Siihen perustuvalle terveystaloudella oli tavoiteltu tasa-arvoisia ja oikeudenmukaisia palveluja koko väestölle. Toinen periaate liittyi uusliberalismiin tai uuteen julkishallinnon johtamiseen (engl. *new public management*), joissa korostettiin tarvetta lisätä julkisten palveluiden tehokkuutta ja markkinoihin sopeuttamista. Näitä periaatteita on arvioitu eri näkökulmista, kun julkista rahoitusta on sopeutettu taloudellisen niukkuuden, talouslaman tai myöhemmin julkisen kestävyysvajeen takia (vrt. Halmetoja 2016, 119–120; Karsio 2016, 47–50; vrt. myös Saarinen ym. 2014). Nämä periaatekokonaisuudet vaikuttivat monikanavarahoituksen ongelman tulkintaan ja käsitykseeni tutkimuskohteeni monipolisuudesta.

Koska väitöskirjatutkimukseni tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, mitä monikanavarahoitus on ja miksi se on ongelma, olisin voinut tutkia ilmiötä pelkästään politiikan tutkimuksen näkökulmasta. Käsitykseni mukaan ilmiöön liittyvä politiikkaprosessi vaikuttaa monimutkaiselta ja vielä keskeneräiseltä, joten tutkin ilmiötä erilaisten aineistojen ja menetelmien avulla. Kingdon (2014, 16–18) on tehnyt politiikkaprosessien etenemisestä mallin, jonka avulla ilmiötä voisi analysoida: 1) miten se nousi poliittiselle agendalle ongelmana, 2) millaisia vaihtoehtoja oli ratkaisuksi, 3) miten ongelmasta päätettiin ja 4) miten päätökset toimeenpantiin. Vaikka esimerkiksi sosiaalipolitiikan tutkimuksissa on viittauksia Kingdoniin ongelmien analysoinnissa (Tirronen 2011, 34–37; Niemelä 2011, 101; Saarinen 2011, 134; Niemelä ja Saari 2011), monikanavarahoitus-ongelman politiikkaprosessit eivät ole yhtä selkeitä kuin esimerkiksi Valtava- ja PARAS-uudistuksissa (ks. Niemelä 2008). Sivuan tutkimuksessani politiikan tutkimusta, sillä arvioin poliittisten puolueiden asiakirjoissa esitettyjä näkemyksiä. Tutkimuksen johtopäätöksissä sivuan monikanavarahoitusta päätöksenteon ongelmana.

Valitsemisiani instituutioteorioissa erityisesti Northin (1993a ja b) näkemykset kilpailusta ja valtion roolista voidaan liittää kansantaloustieteen. Oleellisia monikanavarahoituksen tutkimuksessa ovat terveydenhuoltojärjestelmien kuvauksissa käytetyt yleiset rahoitusteorioiden (Reinhardt 1990; Kutzin 2001; ks. Pekurinen 2007 sekä Seppälä ja Pekurinen 2014). Olen hyödyntänyt monikanavarahoitusilmiön muodostumisen kuvaamisessa sosiaali- ja terveystaloudellista sekä lainsäädännöllistä kehitystä

23 Ikäsidonnaisia palvelumenoja on käytetty sosiaalimenojen ennustamiseen ns. SOME-mallilla (Myhrman ym. 2009), jota hyödyntäen valtiovarainministeriö on tuottanut laskelmia julkisen talouden kestävyysvajeesta (VM 2017a; VTV 2017c, 5).

kuvaavia lähteitä (mm. Leppo 2010; Mattila 2011; Niemelä ja Saarinen 2013; Leppo 2013; Lehto 2013).

Tutkimukseni on saanut vaikutteita kunnallisten palvelujen sekä kunta- ja valtio-suhteiden tutkimuksesta kunnallistieteistä (mm. Oulasvirta 1996; Meklin ym. 2009; Meklin ja Vakkuri 2011) ja kunnallistaloudesta (mm. Sinervo 2011). Julkisen sairaus-vakuutuksen osin korvaamien palvelujen tehtävät ja rahoitus liittyvät vakuutusoppiin (Rantala ja Pentikäinen 2009). Empiiriset terveydenhuollon alueelliset tutkimukset ja erityisesti tutkimukset Oulun perusterveydenhuollon avoterveydenhuollosta (mm. Leskelä ym. 2013; Pikkujämsä ym. 2014; Leskelä ym. 2017) ovat vaikuttaneet tutkimukseeni. Väitöskirjatutkimukseni on saanut vaikutteita terveystaloustieteestä (mm. Sintonen ja Pekurinen 2006), vaikka en erityisesti käsittele monikanavarahoitusta terveystaloustieteen näkökulmasta.

## 2 Monikanavarahoituksen käsite kirjallisuudessa

Vaikka monikanavarahoituksen kehittymisen voi arvioida alkaneen jo yli 100 vuotta sitten (ks. Mattila 2011), keskityn arvioimaan ilmiöön vaikuttanutta institutionaalista kehitystä sekä erilaisia vaikutteita ja näkemyksiä 1960-luvulta alkaen. Monikanavarahoituksen kehittyminen tunnistettiin Suomessa jo 1960-luvun lopussa sairausvakuutuksen ja kansanterveystyön rinnakkaisuutena, ja monikanavarahoitus vakiintui erityisesti 2010-luvulla järjestelmää kuvaavaksi erityispiirteeksi. Esimerkiksi 1990-luvulla rahoituksen arvioitiin olevan ”kaksitahoista”, kun verovaroilla rahoitettiin terveyskeskuksia ja sairaanhoitolaitoksia sekä sairausvakuutuksella ja verovähennyksillä tuettiin vahvasti yksityistä sektoria ”verovähennyksin maksukuitteja vastaan” (Vohlonen ja Pekurinen 1991a, 142; ks. myös Vohlonen ja Pekurinen 1991b, 272–275). Vielä 2000-luvulla eduskuntapuolueiden terveyspoliittisten linjausten taustalla oli ”kaksikanavaisuus”, jolla tarkoitettiin järjestelmän verorahoitteisuutta ja rahoitusta sairausvakuutuksen kautta (Saarinen 2013a, 334).

STM:n raportissa (1998) nostettiin esiin ongelma monikanavarahoitukseen liittyvistä kustannusvastuiden siirrosta ja rahoitusvastuun hajanaisuudesta. Valtiontilintarkastajien kertomuksen (2001, 239) mukaan yksityisten palveluiden tukemisesta julkisella rahoituksella oli ”monikanavaisen rahoitusjärjestelmän” haittoina kiistatonta näyttöä. Julkisen ja yksityisen toiminnan erillisen rahoituksen seurauksena kunnat pyrkivät siirtämään kustannusvastuuta Kelalle ja asiakkaille. Sairausvakuutuksen epäjohtonmukaiset korvauskäytännöt<sup>24</sup> olivat kehittämisen esteenä, mikä johti yli-tuotantoon tai tilojen vajaakäyttöön. Haittojen arvioitiin johtavan kokonaistaloudellisesti tehottomaan sekä epäoikeudenmukaiseen, alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta lisäävään toimintaan. Kun tilintarkastajien mukaan Kela ja Raha-automaattiyhdistys (RAY) huolehtivat niille säädetystä tehtävästä, ne samalla valvoivat omia etujaan. Tilintarkastajat esittivät, että rahoitusjärjestelmä oli kokonaisvaltaisesti korjattava (Valtiontilintarkastajain kertomus 2001, 233–239.) Valtiontilintarkastajien kertomukseen (2001) viitaten Oulasvirran ym. (2002, 127) mukaan monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä on piirteitä, jotka kannustavat osaoptimointiin. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnalle tehdyssä esiselvityksessä monikanavaisen rahoituksen ongelmien ratkaiseminen ehdotettiin nostettavan tärkeimpien hallinnollisten kysymysten joukkoon (Ryynänen ym. 2004, 56–57)<sup>25</sup>.

Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälisessä kuvauksessa on Suomen terveydenhuollon rahoituksen kaksikanavaisuudesta käytetty käsitettä *dual system of public*

24 Valtiontilintarkastajat (Valtiontilintarkastajain kertomus 2001, 238–239) kritisoivat korvauskäytäntöjen lisäksi ns. EML- eli erikoismaksuluokkajärjestelmää, jossa sairaalalääkäri sai hoitaa vuodeosastolle kirjattua potilasta ja ottaa tältä lisäpalkkion, josta potilas oli oikeutettu hakemaan sairausvakuutuskorvausta. Vuodesta 1961 voimassa ollut järjestelmä lakkautettiin vuonna 2008 (Mattila 2011, 159, 239).

25 Ryynänen ym. (2004, 56) selvityksen mukaan suomalaisessa terveydenhuollossa tuhlattiin ”jättäjäissummia” monikanavaisen rahoitusmallin aiheuttamaan tehottomuuteen ja viitattiin Vohlosen ym. (2003) tutkimukseen sairaanhoidon toimenpiteisiin liittyvistä leikkauks- ja lääkekustannuksista, sairauspäivärahoista ja jonotuksesta.



*financing*, kun rahoitus on perustunut kunnallisten palvelujen verorahoitukseen ja sairausvakuutuksen pakollisiin vakuutusmaksuihin (Vuorenkoski 2008). Lääkehoidon rahoituksen on arvioitu olevan kaksikanavaista. Avohoidon ja yksityisen hoidon lääkkeiden rahoittajina ovat potilaat ja sairausvakuutus, kun taas sairaalalääkkeet rahoitetaan kunnallisen terveydenhuollon kautta (Huttunen 2007, 15). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2011a, 17) on kuvannut suomalaista lääkehuoltoa käsitteellä *two-tier financing system*. Häkkinen ja Jonsson (2009, 203) ovat käyttäneet käsitettä *two-tiered* kuvatessaan sitä, että perusterveydenhuoltoa on tuotettu yhä enemmän löyhästi muuhun julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään integroituneena työterveyshuoltona. Tähän käsitteeseen on liitetty se, että työssä olevan väestöllä on ollut parempi perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus kuin muulla väestöllä, mikä on johtanut palvelujen käytössä sosioekonomisten ryhmien väliseen eriarvoisuuteen (ks. myös van Doorslaer ym. 2004). Käsitettä *two-tier* on käytetty yksityisten vakuutusten käyttöön liittyvien palvelujen saatavuuserojen tutkimuksessa (Thomson ja Mossialos 2009, 127).

Monikanavarahoitus tuotiin toistuvasti esille 2010-luvun alussa THL:n asiantuntijaryhmien raporteissa (THL 2010 ja 2011). Voimakkaimmassa ulostulossa THL:n asiantuntijat (THL 2012b) nostivat monikanavarahoituksen vaihtoehdoksi yksikanavarahoituksen. Raportissa *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen. Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa* esitettiin, että yksikanavainen rahoitus toteutetaan kokoamalla kaikki julkinen rahoitus yhdelle alueelliselle järjestäjälle (THL 2012b, 6, 74). Rahoitusta kanavoitui palveluihin kahdeksan institutionaalisen rahoittajan kautta eli kunnilta, valtiolta, kotitalouksilta, Kelalta, työnantajilta, yksityisiltä vakuutuslaitoksilta, Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskukselta Aralta ja RAY:ltä (THL 2012b, 23–24). THL käsitteli raportissaan (2011, 25) samoja monikanavarahoituksen etuja ja haittoja, joita oli käsitelty aiemmin OECD:n raportissa (2005, 39–40). THL:n (2011, 3) mukaan useista yksityisistä ja julkisista lähteistä rahoittamisesta käytettiin englanninkielisiä käsitteinä *multisource financing system* ja *multisource financing* (ks. Keskimäki 2011).

OECD:n kansainväliset asiantuntijat ovat käyttäneet rahoitusjärjestelmästä käsitteitä *parallel funding source* (OECD 1998, 101, 106) ja *parallel funding* (OECD 2005, 39–40), joilla on tarkoitettu rinnakkaisia rahoituslähteitä tai julkisen verorahoituksen ohjaamista rinnakkain kahden julkisen rahoituskanavan kautta kunnallisille palveluille ja sairausvakuutuksen korvaamille palveluille. OECD:n asiantuntijat (2012, 91) ovat käyttäneet suomalaisesta monikanavarahoituksesta lisäksi käsitteitä *parallel financing* sekä *parallel provision*, joilla on tarkoitettu rinnakkaista kunnallisten, yksityisten ja työterveyshuollon palveluiden rahoitusta ja palveluiden järjestämistä. WHO:n asiantuntijat (ks. Kutzin ym. 2010, 127) ovat käyttäneet rinnakkaisuutta kuvaavaa *parallel*-käsitettä pääasiassa itäeurooppalaisten ja entisen Neuvostoliiton vaikutuspiiriin alaisten valtioiden ns. Semashko-järjestelmien kuvauksissa. Terveydenhuollon uudistuksissa nämä järjestelmät muuttuivat hitaasti yksikanavaisiksi *single-payer*-jär-

jestelmiksi (Kutzin ym. 2010). Poikkeuksena *parallel*-järjestelmistä Kazakstanissa siirryttiin kansallisesta pakollisesta vakuutuksesta alueellisesti hajautettuun yhden vakuuttajan malliin. Myös Kirgisiassa ja Moldovassa verorahoitteisten järjestelmien rinnalle kehitettiin pakolliseen vakuutukseen perustuvia vakuutuskassoja. (Fuenzalida-Puelma ym. 2010, 175; Kutzin ym. 2010, 122–126.)

Suomalaisesta rahoitusjärjestelmästä on käytetty käsitettä *multichannel financing*, jolla on tarkoitettu kunnallisesti järjestettyjen, veroilla ja asiakasmaksuilla rahoitettujen palvelujen, sekä työterveyshuollon palvelujen rahoituksen yhdistelmää (Jakubowski ja Saltman 2013, 22). Häkkinen ja Jonsson (2009, 203) ovat käyttäneet järjestelmän moniportaisuutta kuvaavaa käsitettä *multi-tier*, jota myös STM (2011a) on käyttänyt Suomen lääkepolitiikkaa koskevassa julkaisussa *Multi-tier financing of social welfare and health services*. Käsitettä *multi-tiered* on käytetty vertailtaessa Kanadan terveydenhuoltoa Yhdysvaltojen järjestelmän monitasaisuuteen, jossa useista vakuutusjärjestelmistä huolimatta osa väestöstä on jäänyt järjestelmän ulkopuolelle (Evans ja Roos 1999, 394–396; ks. myös Gorey 1999, 402). Suomen lääkepolitiikan kansainvälisessä arvioissa viitattiin Suomen monimutkaiseen (*complex*) ja ainutlaatuiseen (*unique dual system of health-care financing, relative to other EU countries*) rahoitusjärjestelmään (Mossialos ja Srivastava 2008, 45).

Kansainvälisesti terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien monikanavaisuutta tai yksikanavaisuutta on arvioitu sen mukaisesti, ovatko järjestelmät yhden rahoittajan ns. *single-payer*-järjestelmiä, tai usean rahoittajan *multi-payer*-järjestelmiä. Useissa Euroopan unionin<sup>26</sup> jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmissä ja niiden rahoituksessa on vastaavanlaisia ominaisuuksia kuin Suomessa. Kuitenkaan suomalaisen järjestelmän monikanavarahoitusta vastaavia käsitteitä ei ole WHO:n tuottamissa eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien kuvauksissa eli ns. HiTs-raporteissa<sup>27</sup>. Vertailuissa, joissa yleensä ovat mukana EU-maat, Kanada ja Yhdysvallat, yksikanavaisia järjestelmiä ovat universaaliin terveystakuutukseen perustuvat järjestelmät. Tutkimuksen empiirisessä osassa esitän tähän rahoittajien määrään perustuvia vertailuja tutkimusten ja OECD:n tilastojen perusteella.

Tutkimuskirjallisuuteen perustuen monikanavarahoituksen voi nähdä erilaisina ns. kielipeleinä<sup>28</sup> (käsitteen aiheutta tieteenfilosofisen tutkimusotteeni yhteydessä) hermeneuttisen tutkimusotteeni mukaisesti purkamalla sitä kielellisesti osiin (vrt. Alanen 2014, 40–41). Monikanavarahoituksen voi ymmärtää ongelmana konkreettisesti,

26 Suomi liittyi Euroopan Unionin jäseneksi vuonna 1995, josta lähtien kansallista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa on yhteensovitettu EU-tasolle (ks. <http://www.stm.fi/ministerio/historiaa>).

27 WHO:n The European Observatory on Health Systems and Policies -seurantakeskus on tuottanut yli 60 terveydenhuoltojärjestelmien kuvausta eri maista Health Systems in Transition (HiTs) -raporteissa vuosina 2000–2016, ks. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>.

28 Kielellinen ilmaus todellisuudesta, joka saa merkityksensä käytettävän asiayhteyden mukaan (tulkintaa Niiniluodon (1997, 92–93) esittämästä filosofi Ludwig Wittgensteinin (1889–1951) kielipelin ideasta).

jos siitä on aikaisemmin muotoutunut käsitystä ja ymmärrys. Arkikielisenä se voi olla yksityiskohtaisesti määrittelemättä vaikeasti ymmärrettävä, sillä se on epätasällinen, monimielinen ja vihjemerkitäviä sisältävä. Käsitteiden määrittelyssä haasteena ovat teoreettisen ja konkreettisen käsitteen laadulliset erot. Tieteellisessä tutkimuksessa ilmiöiden merkityksiä hahmotetaan käsitteellistämällä niitä teoreettisesti yleisellä tasolla. Monimerkityksellisyyttä voidaan vähentää tarkkojen ja sopimuksiin perustuvien määritelmien avulla. (Ks. Hirsjärvi ym. 2008, 142–143, 146.)

Monikanavarahoituksessa etuliite *moni-* kuvaa käsitteen luonnetta, esimerkiksi monitasoisuus terveydenhuollon rahoituksessa (mm. Reinhardt 1990; Kutzin 2001) tai monitulkintaisuus kunnan talouden tasapainon tulokinnassa (Sinervo 2011, 69). Kanava kuvaa polkua tai väylää: esimerkiksi Mattila (2011) kuvaa tutkimuksessaan terveydenhuollon rahoituksen olevan monikanavaista ja sen kehityksen polkuriippuvaista. Kanava voi olla rahavirtojen liikettä kohteista toisiin (ks. Kutzin 2001; vrt. myös Seppälä ja Pekurinen 2014).

Kohdistamaton monikanavarahoitus on jotain rahoitusta, joka on epätasällisempi arkikielinen ilmaisu kuin rahoitusjärjestelmä. Rahoitusjärjestelmä-sana olisi täsmällisemmin yhdistettävissä esimerkiksi nykyiseen rahoitusjärjestelmään, jolla on tiettyjä ominaisuuksia. Kuitenkin monikanavainen rahoitusjärjestelmä on sisällöltään abstrakti, eikä se ole määriteltävissä yhtä täsmällisesti rahoitusjärjestelmänä kuten esim. sairausvakuutus. Jos monikanavarahoitusta, monipuolisena ilmaisuna rahoituksesta, ei täsmällisesti liitetä rahoituskohteeseen, jää siihen arkikielistä epätasällisyyttä, ja ilmaisun tulkitsija voi ymmärtää sen valitsemallaan tavalla (vrt. Kakkuri-Knuuttila 1999, 328). Tällöin kysymyksessä saattaa olla tarkoituksellinen hallinnollinen tai poliittinen tarve herättää eri osapuolten kiinnostusta ja edistää siten ongelmien ratkaisua (vrt. Tirronen 2011, 34–37).

Jos yhdyssanasta jätetään pois rahoitus, voi monikanavaisuus olla palvelujärjestelmän moniportaisuutta (vrt. THL 2010, 52) tai monimutkaisuutta (vrt. STM 2004, 19; Manderbacka ym. 2006, 52; VNK 2011b, 5). Monikanavarahoituksen seurauksena on arvioitu syntyvän erillisiä peruspalveluiden tuotantjärjestelmiä (kunnalliset ja yksityiset palvelut, työterveyshuolto) (Teperi 2006, 183) tai palvelujärjestelmiä (VTV 1995). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita ja toimintaympäristöjä on kuvattu monimutkaisiksi ja monitasoisiksi (Niiranen ym. 2013, 29, 35–39). Palvelujärjestelmä on monikanavainen, kun järjestäjiä, tuottajia tai rahoittajia on useita (ks. THL 2012b, 33). Loogisimmalta vaikuttaa se, että sekä terveydenhuollon rahoitus, palveluiden järjestäminen ja tuottaminen ovat monikanavaisia. Ne muodostavat yhdessä monikanavaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän (ks. Mattila 2011, 40, 268–269). Siten palveluita ja rahoitusta olisi tarkasteltava kokonaisuutena.

Tutkin monikanavarahoitusta avoterveydenhuollon rahoitusjärjestelmässä, joka muodostuu rahoittajista, rahoitustavoista, rahoituksen määrästä ja käytöstä sekä

kohteista. Terveydenhuollolla tarkoitetaan yhteiskunnallista toimintaa, joka rahoitetaan, järjestetään ja tuotetaan palveluina väestön terveyden ylläpitämiseksi (ks. Kutzin 2001). Avoterveydenhuolto on terveyttä edistävää toimintaa ja hoitoa, jota ei anneta laitoshoidossa. Järjestelmällä tarkoitetaan keskenään tai yhdessä esiintyvien osien muodostamaa kokonaisuutta tai systeemiä<sup>29</sup>. Rahoitusjärjestelmä muodostuu rahoituksen osista ja palvelujärjestelmä palveluista.

Tutkimuskohteena olevia avoterveydenhuoltopalveluita rahoittavat, järjestävät ja tuottavat erilaiset instituutiot ja organisaatiot. Instituutiolla tarkoitan oikeussäännöksiin perustuvaa sosiologista, poliittista tai uskonnollista elämänmuotoa, tapajärjestelmää ja yhteiskunnallista laitosta.<sup>30</sup> Instituutiot ovat vakiintuneempia kuin organisaatiot, joilla voidaan tarkoittaa mitä tahansa toimivaksi kokonaisuudeksi järjestämistä, organisointia, järjestämisen tulosta tai järjestöä.<sup>31</sup> Instituutiolla on jokin yhteiskunnallinen tehtävä, markkinoilla taloudellisen vaihdon organisointi ja edustuksellisella demokratialla yhteiskunnan hallitseminen. Vaikka instituutioilla on historia ja niitä pidetään melko pysyvinä, ne voivat muuttua tai hävitä. Yhteiskunta ja sen talousjärjestelmä ovat instituutioiden kokonaisuuksia. (Ruonavaara 2014, 29, 31–33, 36.) Instituutioiden yhteiskunnallista merkitystä on tutkittu esimerkiksi kansalaisten luottamuksena Kelaan, sosiaaliturvajärjestelmään, maan hallitukseen, poliittisiin puolueisiin sekä OECD:n, YK:n ja EU:n kaltaisiin kansainvälisiin instituutioihin (Borg ym. 2007, 11; Kouvo 2014; ks. mm. Bäck 2017, 26–51). Tutkimukseni empiirisessä osassa rinnakkain toimivat organisaatiot olen nimennyt neljäksi palvelukanavaksi, joilla on institutionaalisia erityispiirteitä.

Valtiolla on kaikissa kehittyneissä länsimaissa merkittävä rooli terveydenhuollossa, erityisesti varojen keräämisessä ja niiden allokoinnissa palveluihin. Valtio määrittelee terveydenhuoltoa ohjaavaa lainsäädäntöä ja sen institutionaalisia rakenteita, joilla on Mattilan (2011) mukaan ollut keskeinen vaikutus monikanavaisen rahoituksen muotoutumiseen. Käsittelen luvussa 5 monikanavarahoitukseen vaikuttaneen lainsäädännön historiallisen kehityksen kuvauksessa terveydenhuollon tavoitteita, tehtäviä ja tehtävien hoitamiseen liittyviä institutionaalisia rakenteita. Käsittelen valtion roolia terveydenhuollon rahoituksessa terveydenhuollon yleiseen rahoitusteorian yhteydessä (luku 3.1.1).

29 Vrt. sanakirjamääritelmä (Kielitoimiston sanakirja 2019).

30 Instituutiot ovat oikeussäännöksiin perustuvia sosiologisia, poliittisia tai uskonnollisia tapajärjestelmiä ja yhteiskunnallisia laitoksia (Kielitoimiston sanakirja 2019). Instituutioita ovat työnantajien, organisaatioiden ja yksilöiden valintoja ohjaava eläkejärjestelmä sekä kollektiiviset sopimukset, lait ja asetukset (Pärnänen 2011, 66, 87).

31 Vaikka instituutioilla on historia ja niitä pidetään melko pysyvinä, ne voivat muuttua tai hävitä. Yhteiskunta ja sen talousjärjestelmä ovat instituutioiden kokonaisuuksia. (Ruonavaara 2014, 29, 31–33, 36.) Organisaatioilla voidaan tarkoittaa mitä tahansa toimivaksi kokonaisuudeksi järjestämistä, organisointia, järjestämisen tulosta tai järjestöä (Kielitoimiston sanakirja 2019). Instituutioiden yhteiskunnallista merkitystä on tutkittu mm. kansalaisten luottamuksena Kelaan, sosiaaliturvajärjestelmään, maan hallitukseen, poliittisiin puolueisiin sekä OECD:n, YK:n ja EU:n kaltaisiin kansainvälisiin instituutioihin (Borg ym. 2007, 11; Kouvo 2014; ks. mm. Bäck 2017, 26–51). Tutkimukseni empiirisessä osassa rinnakkain toimivat organisaatiot ovat peruspalveluita tuottavia palvelukanavia, joilla on institutionaalisia erityispiirteitä.

Suomalaisen terveydenhuollon monikanavarahoitusta on kuvattu useilla englanninkielisillä palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen käsitteillä, eikä ilmiötä ole suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä yksiselitteisesti määritelty. Monet asiantuntijat määrittelevät ilmiön suppeasti julkisesti kerättyjen varojen ohjaamisena palveluihin rinnakkaisten rahoitusjärjestelmien eli kunnallisen järjestelmän ja sairaanhoitovakuutuksen kautta. Suppeassa määritelmässä käsiteltävä rahoitus perustuu verovaroihin, joihin pakolliset sairausvakuutusmaksut on veroluonteisina laskettu mukaan. Tämä käsitys veroluonteisuudesta on perustunut siihen, että valtion rahoitusosuus sairaanhoitovakuutuksen rahoituksessa on kasvanut suureksi, eikä vakuutusta ei pidetty enää vakuutusperiaatteen mukaisena (vrt. Mattila 2011, 258–259). Suppeissa määritelmissä on vaihtelevasti otettu mukaan työterveyshuolto, jota on rahoitettu sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta. Työtulovakuutuksen rahoituksessa valtion rahoitusosuus verovaroista on huomattavasti pienempi kuin sairaanhoitovakuutuksessa, jolloin työtulovakuutuksessa vakuutusperiaate toteutuu eri tavoin kuin sairaanhoitovakuutuksessa eikä eri rahastojen rahoitus ole samalla tavalla veroluonteista. Suppeassa monikanavarahoituksen määritelmässä korostetaan valtion ja kuntien julkisia menoja, mutta yksityisellä rahoituksella, potilaiden asiakasmaksuilla tai työnantajien suoralla rahoituksella ei ole samanlaista painoarvoa kuin julkisella rahoituksella.

Yksikanavarahoitukselle ei löydy samankaltaisia englanninkielisiä vastineita kuin suomalaiselle rahoitusjärjestelmälle luonnollisesti siksi, ettei puhdasta yksikanavaista järjestelmää ole missään maassa. THL:n asiantuntijoiden (THL 2012b) kansallisesti esittämässä yksikanavaisessa alueellisen rahoittaja-järjestäjän mallissa tavoiteltiin yksikanavaisuutta rahoitusjärjestelmän rajatulla tasolla, jolloin yksikanavaisuus ei koskisi rahoituksen lähteitä eikä palveluiden tuottamista.

Palvelujärjestelmän monikanavarahoitusta kokonaisuutena ja sen osia (mm. sairausvakuutusta ja työterveyshuoltoa) käsiteltiin erityisesti vuosina 2009–2013 yksittäisten asiantuntijoiden ja poliitikkojen sekä kollektiivisten ryhmien tuottamissa julkaisuisa. Esimerkiksi Soininvaaraa (2009, 92, 97) tulkiten erityisesti monikanavarahoituksesta aiheutui huomattavia tehokkuustappioita toimijoiden siirtäessä kustannuksia toisten maksettaviksi (ts. osittaisoptimoinnin seurauksena), joten hänen mukaansa ”monikanavaisesta rahoituksesta pitää päästä yksikanavaiseen”. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon ”kaksikanavainen rahoitus” ja taloudellisen ohjauksen pelisääntöjen jälkeenjääneisyys vaikeuttivat niiden työnjakoa. Kaksikanavarahoitus heikensi julkisen terveydenhuollon ketteryyttä markkinoilla. Soininvaara (2009, 87, 97–98) kritisoi julkisen sairausvakuutuksen heikkoutta. Leppo (2010, 45, 54–55) on esittänyt, että asiantuntijoiden mukaan sairaanhoitokorvaukset olivat korkeaa kustannustasoa ylläpitäviä elinkeinotukia. Kun näitä korvauksia pienennettäisiin, myös sairaanhoitovakuutuksen (rahaston) alijäämät pienenisivät. Leppo (2010, 44) totesi työterveyshuollon sairaanhoidon kasvun johtuneen Kelan erittäin voimakkaasta sub-

ventiosta ja käytti ilmausta ”Kela, jonka piikki on aina auki”<sup>32</sup>. Sama käsitys sairausvakuutuksen tehottomuudesta oli nostettu esille vuonna 2004 eduskunnalle tehdyssä rahoitukseen liittyvässä selvityksessä, jossa Kelan kansallisen terveysvakuutusehdotuksen (v. 2003) oli arvioitu olleen ”Kelalle avoin piikki käyttää kuntien rahaa” (Ryyänen ym. 2004, 60).

Välimäen (2013, 69) mukaan sairaushoitovakuutuksen yksityisten palveluiden ja matkojen korvausten siirtäminen valtionosuuksiin selkeyttäisi rahoitusjärjestelmää. Leppo (2010, 55) on esittänyt, että työterveyshuollon sairaanhoidon korvausprosenttia olisi alennettava, jolloin säästyvät voimavarat voitaisiin lisätä kunnallisen terveydenhuollon rahoitukseen. Koska työterveyshuollon käyttö oli maksutonta, terveyskeskuskäyntien maksuttomuutta olisi selvitettävä (Leppo 2010, 55).

Kansallinen asiantuntijaryhmä (Hiilamo ym. 2010) esitti julkaisussa *Hyvinvoinnin turvaamisen rajat* kannanoton sosiaaliturvajärjestelmän kehittämistä ja tulevaisuudesta. Ehdotuksen Riittävät terveyspalvelut kaikille 2.0 mukaan järjestelmässä ei tulisi olla enää erillisiä julkisia, yksityisiä ja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita. Palveluiden saatavuus ja laatu sekä asiakasmaksut olisi määriteltävä samojen periaatteiden mukaisesti koko väestölle. Työterveyshuollon lakisääteiset työperäisten sairauksien ennalta ehkäisevät palvelut olisi järjestettävä kuten aiemminkin työterveyshuollon palveluina. Asiantuntijat ehdottivat järjestämisen ja rahoittamisen keskittämistä 10–20 alueorganisaatiolle. (Hiilamo 2010, 35–37).

THL:n aloite *Jonottamatta hoitoon* (Erhola ym. 2013) on esimerkki instituution kollektiivisesta kannanotosta. Aloitteen perusteltiin kuuluvan THL:sta säädetyn lain mukaisiin tehtäviin (ks. L 668/2008, 2 §) ja sen valmistelussa oli hyödynnetty muiden instituutioiden edustajien mielipiteitä (ks. Erhola ym. 2013, 3.). Tämän perusterveydenhuollon vahvistamiseen tähtäävän aloitteen mukaan monikanavainen rahoitusjärjestelmä oli oleellinen syy sille, etteivät yhteiskunnan voimavarat kohdistuneet palveluihin terveyspolitiikan tavoitteiden mukaisesti. Kunnat olivat kustantaneet eri periaatteilla perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa, mutta työterveyshuollon rahoitus oli tästä järjestelmästä irrallinen. Keskeisenä ongelmana oli työterveyshuollon nopea kasvu, kun samanaikaisesti muu perusterveydenhuolto oli kasvanut hitaasti (Erhola ym. 2013, 42–43.)

THL:n aloitteen (Erhola ym. 2013) mukaan terveyspolitiikan tavoitteiden kannalta oli kestävämpiä, että terveyskeskuksissa odotusajat lääkärille olivat kohtuuttomia, toisin kuin työnantajien järjestämässä työterveyshuollossa. Työterveyshuollon laajenemisen arvioitiin johtuneen työterveyshuoltolaista (L 743/1978), työnantajille maksetuista korvauksista ja työmarkkinajärjestöjen sopimuksista. Työterveyshuoltolain tavoitteena oli ollut työterveyshuollon laajentaminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja

32 Toisaalla Lillrank ym. (2016, 20) ovat käyttäneet vertauskuvaa ”piikki on auki” saman organisaation järjestäessä ja tuottaessa palvelut, joiden rahoitus perustuu niistä aiheutuneisiin kuluihin.

työstä aiheutuvien riskien torjunta. Työnantajille oli jätetty mahdollisuus tarjota sairaanhoitoa, koska tehtaaneläkeläisjärjestö ei haluttu lakkauttaa. Vaikka myöhemmin työterveyshuollon sisältöä, sairausvakuutuksen korvausperusteita sekä lakia muutettiin vastaamaan työelämän muutoksia, käynnit psykologeille ja fysioterapeuteille eivät lisääntyneet samoin kuin sairaanhoitokäynnit lääkärille. Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon yhteensovittaminen ei onnistunut. (Erhola ym. 2013, 16–17.) THL ehdotti aloitteessa työterveyshuollon sairaanhoidon vuosittaisten korvauskattojen tai korvausprosenttien alentamista, minkä oletettiin vähentävän työnantajien kiinnostusta tarjota sairaanhoitoa työterveyshuollon osana. Lisäksi THL ehdotti niiden työperäisten sairauksien määrittelemistä, joiden hoito kuuluisi työterveyshuollolle (Erhola ym. 2013, 48).

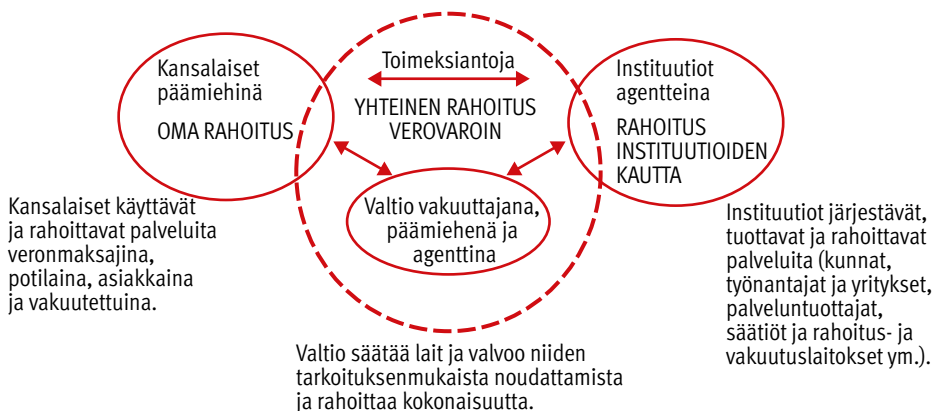
### 3 Tutkimuksessa käytetyt teoriat ja niiden hyödyntäminen

Kehystän tutkimuksessani monikanavarahoituksen ongelman terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmään institutionaalisen rakenteena. Vaikka olen saanut teorioiden valintaani vaikutteita kirjallisuudesta ja ohjaajiltani, perustan valintani lopulta Raija Julkusen (2006) kirjassaan *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu* esittämään ideaan institutionaalisten kehysten luomisesta. Tulkiten Julkusta (2006, 258–261) niin, että kysymys on ensisijaisesti siitä, kuka vastaa terveydenhuollosta ja miten kokonaisuus on hajautunut rahoitus- ja palvelujärjestelmäksi. Teoreettisessa viitekehyksessä paloittelen ja yksinkertaistan ongelmaan vaikuttavia monimutkaisia rakenteita (vrt. Oulasvirta 1996, 224–225).

Tutkimuksessa tulkiten eri palvelukanavia organisaatioina ja instituutioina, joilla on vakiintuneita ominaispiirteitä. Kuviossa 2 esitän tutkimukseni teoreettisen viitekehysten kokonaisuutena. Kansalaiset tarvitsevat terveystensä hoitamiseen palveluja, joita he voivat hankkia maksua vastaan suoraan tuottajilta. Koska terveystriskit ovat arvaamattomia, valtion tehtävänä on vakuuttaa väestönsä terveyttä uhkaavia riskejä vastaan terveydenhuoltojärjestelmällä.

Suomessa tämä monikanavainen järjestelmä rahoitetaan rinnakkaisilla veroilla, veroluonteisilla maksuilla ja kansalaisten maksamilla, käyttöön perustuvilla maksuilla sekä työnantajien rahoituksella. Kokonaisuus on kollektiivinen ja pääosin julkisesti rahoitettu järjestelmä, jossa valtio kolmantena osapuolena muodostaa kansalaisten ja tuottajien tai järjestäjien sekä muiden rahoittajien kanssa rahoituskolmion eli triangelin. Kansalainen on päämies, joka tarvitsee terveystensä epävarmuudesta johtuen erilaisia agentteja. Kansalaisen tärkein agentti pääosin verorahoitteisessa järjestelmässä on valtio. Valtiolla on apunaan useita organisaatioita ja instituutioita, joilla on erillisiä palvelukanavina vakiintuneita erityispiirteitä ja lukuisia järjestämis-, tuottamis- ja rahoitustehtäviä. Valtio on instituutioiden ja organisaatioiden päämies. Kansalainen, valtio ja instituutiot tarvitsevat toisiaan.

**Kuvio 2.** Monikanavarahoituksen teoreettinen viitekehys tässä tutkimuksessa.

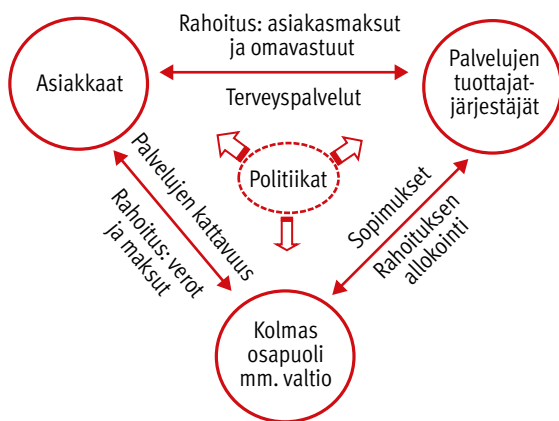




### 3.1 Terveydenhuollon yleiset rahoitusteoriat monikanavarahoituksen kehystäjänä

Terveydenhuollon rahoitusmallissa (kuvio 3) on potilaan tai asiakkaan ja palveluiden tuottajien lisäksi valtio tai vakuutuslaitos kolmantena osapuolena (Reinhardt 1990, 105). Kansainvälisissä, pääasiassa eurooppalaisten OECD-valtioiden terveydenhuoltojärjestelmien rahoitusrakenteiden kuvauksissa ja vertailuissa valtio on usein kolmantena vahvimpana osapuolena riippumatta siitä, perustuvatko järjestelmien rahoitukset pääasiassa veroihin tai veroluonteisiin sairausvakuutusmaksuihin (mm. Culyer 1990; Wagstaff ja van Doorslaer 1992; Saltman ym. 2004; Wagstaff 2009; Thomson ym. 2009a; Paris ym. 2010). Euroopassa terveydenhuoltojärjestelmien rahoitus on kanavoitu palveluihin valtion keskushallinnon ja sen alaisten alueellisten toimijoiden tai julkisen sairausvakuutusjärjestelmän kautta<sup>33</sup>.

**Kuvio 3.** Valtion osallistuminen terveydenhuoltoon kolmantena osapuolena eli ns. triangelimalli.



Lähde: Reinhardt 1990, mukaillen.

#### 3.1.1 Reinhardtin triangelimalli ja valtio kolmantena osapuolena

Reinhardtin (1990, 105) mukaan terveydenhuollossa on sairaudesta taloudellisen riskin ottava kolmas osapuoli (engl. *third-party payer*), joka voi olla valtion lisäksi yksityinen vakuuttaja. Terveyteen liittyvän epävarmuuden takia terveydenhuollossa on vakuutusjärjestelmiä, jotka on usein toteutettu julkisina verorahoitteisia palvelujärjestelminä ja yleisinä sairausvakuutusjärjestelminä (ks. myös Klavus ym. 2004, 129; Klavus ym. 2005, 314; Blomqvist 2011, 259; Frogner ym. 2011, 10)<sup>34</sup>. Kun ku-

<sup>33</sup> Wagstaffin (2009, 5) tutkimuksessa Yhdysvallat oli jätetty OECD-maiden vertailusta pois, koska maan terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus perustuu suurelta osin yksityiseen vakuutukseen ja väestön asiakasmaksuihin.

<sup>34</sup> Useissa valtioissa on myös täydentävää ja rinnakkaista yksityistä sairausvakuutusta. Poikkeuksena on Yhdysvallat, jonka terveydenhuolto perustuu pääosin yksityisiin sairausvakuutuksiin. (Blomqvist 2011, 259; Frogner ym. 2011, 10.)

viossa 3 valtio kolmantena osapuolena kerää veroja tai veroluonteisia maksuja<sup>35</sup>, valtio määrittelee kerättävällä rahoituksella väestölle vastineeksi saavutettavissa olevien palvelujen kattavuutta (engl. *coverage*). Valtio tekee sopimuksia palveluiden tuottajien kanssa ja allokoi, mihin kerätty rahoitus kohdennetaan. Kansalaiset, asiakkaat ja potilaat maksavat palveluiden käytöstä tuottajille käyttömaksuja, joita vastaan he saavat palveluja. Kansalaiset voivat rahoittaa palvelunsa kokonaan itse. Kaiken keskiössä on tavoitteiden asetteluun vaikuttavat terveys-, etujärjestö- ja puoluepolitiikat. Keskeisiä toimijoita ovat viranhaltijat sekä etujärjestöjen ja poliittisten puolueiden keskeiset päätöksentekijät. (Reinhardt 1990, 105.)

Valtion kolme päätehtävää julkisen talouden ylläpitäjänä kehystävät sen tehtävää terveydenhuollossa. Valtion on huolehdittava julkisten voimavarojen uudelleenjaosta ja niiden oikeudenmukaisesta kohdentumisesta. Käytännössä valtio hoitaa näitä kansalaisiin suoraan kohdistuvia tehtäviään sosiaaliturvan avulla ja vastaa siitä, että järjestelmän tuottamat palvelut kohdentuvat julkishyödykkeinä väestölle oikeudenmukaisesti. Valtion kolmas tehtävä on laaja makrotaloudellinen tehtävä huolehtia yhteiskunnallisesta vakaudesta. (Ks. Musgrave ja Musgrave 1980, 6–7; myös Suonemi ym. 2011, 7.) Jos markkinat ovat epäonnistuneet tuottamalla esimerkiksi liikaa tai liian vähän palveluja eri väestöryhmille, valtio voi julkisena tahona tasapainottaa markkinoita julkisen tuotannon, sosiaaliturvan tulonsiirtojen, lainsäädännöllisen säätelyn ja rahoituksen avulla (Tuomala 2009, 19–21).

Valtio suojelee väestöään sairauden aiheuttamilta taloudellista riskeiltä säätelemällä terveydenhuoltoa lainsäädännöllä. Se määrittelee työntekijöiden koulutuksesta ja ammatinharjoittamisen vaatimuksista lisensein. Koska kaikki kansalaiset eivät halua tai voi pyyteettömästi (altruistisesti) huolehtia toisistaan, terveyshyödykkeiden tuottamiseen tarvitaan väestön ja tuottajien lisäksi valtio. Valtio hyvinvointivaltiona tai terveyspalvelujärjestelmän hallinnoijana voi huolehtia sosiaali- ja terveyspolitiikan keinoin hyödykkeiden tarpeenmukaisesta tuottamisesta ja niiden oikeudenmukaisesta allokoinnista (Saari 2003a, 15–24; vrt. Teperi ja Keskimäki 2007, 274–291; ks. myös Saari ja Yeung 2007, 133–134).

Terveyspalveluilla tuotettava kansanterveys on hyödyke, jolla on positiivia ulkoisvaikutuksia. Valtio voi tartuntatauteja ehkäisemällä ja rokottamalla niitä vastaan suojella koko väestöä. Kun valtio perustuslain (L 731/1999)<sup>36</sup> mukaisesti huolehtii väestönsä terveydestä, se vakuuttaa väestönsä terveyttä uhkaavia riskejä vastaan rahoittamalla ja järjestämällä terveyspalveluita. Tämän terveyteen liittyvien julkishyödykkeiden tuottamisen voidaan tulkita olevan koko väestöä hyödyttävää tulojen uudelleenjakoa

35 Pakollisia sairausvakuutusmaksuja voidaan pitää veroina, koska mm. maksamisesta ei voi kieltäytyä ja maksujen tarkoituksena on kattaa yleisesti lakisäästeisten viranomaistehtävien kustannuksia (Lainkirjoittajan opas 2017.)

36 Perustuslain (L 731/1999) 19 §:n mukaan ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”.

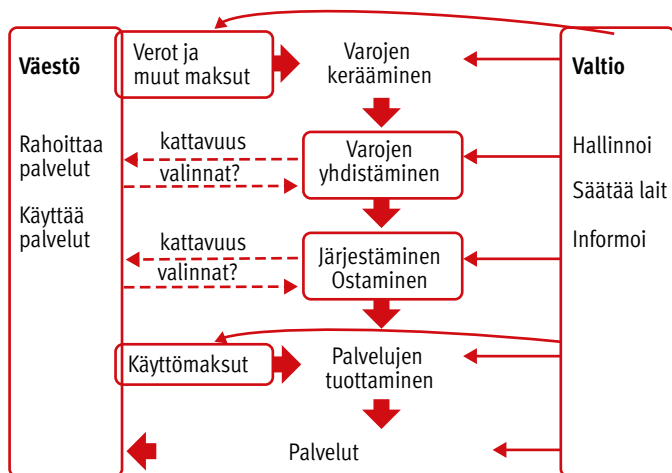
(Koskela ym. 2002, 177–181; vrt. Tuomala 2007, 181). Se liittyy myös valtion tehtävään vähentää tuloihin liittyvää eriarvoisuutta (Tuohy ja Glied 2011, 59).

Lähes kaikissa OECD-maissa<sup>37</sup> julkisella sektorilla on ollut suurin lakisääteinen vastuu terveyspalvelujen rahoittamisesta ja järjestämisestä. Poikkeuksena on ollut esimerkiksi Yhdysvallat, jossa sen yksityisen sairausvakuutuksen rahoituksen takia valtion osallistumista terveydenhuollon rahoitukseen ei pidetä yhtä merkittävänä kuin muissa OECD-maissa. Yhdysvalloissa liittovaltion, osavaltioiden ja paikallishallintojen tehtävänä on lainsäädännön avulla säädellä terveydenhuoltoa, rahoittaa julkisia sairausvakuutuksia 65 vuotta täyttäneille ja pienituloisille (Medicare) (Rice ym. 2013, 70–80, 109).

### 3.1.2 Kutzinin terveydenhuollon rahavirrat

Terveydenhuoltopalveluihin tarvittava rahoitus liikkuu eri rahoituskanavissa noudattaen samoja yleisiä periaatteita riippumatta siitä, ovatko eri valtioiden rahoitusjärjestelmät tyypitellyt esimerkiksi bismarckilaisiksi sosiaalivakuutukseen tai beveridgeläisiksi verorahoitukseen perustuviksi järjestelmiksi. Vaikka rahoitusjärjestelmissä on eroja, on niiden rakenteissa ja toiminnassa samoja ominaisuuksia. Rahoitusjärjestelmien kuvaaminen rahavirtoina (kuvio 4) auttaa ymmärtämään järjestelmissä tarvittavien erilaisten terveystalitiikkien merkitystä ja rahoitusjärjestelmien uudistustarpeita. (Kutzin 2001, 171–173; Thomson ym. 2009b, 23.)

**Kuvio 4.** Terveydenhuollon rahoituksen rahavirrat.



Lähde: Kutzin 2001, mukaillen.

<sup>37</sup> Vuonna 2018 on saatavissa mm. tietoja kaikkien 36 OECD:n jäsenvaltion terveydenhuollon rahoituksesta ja kustannuksista, ks. OECD 2019

Kuviossa 4 esitän yleisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien viitekehyksen mukaillen Kutzinin (2001, 173–174; 2008, 7–13; ks. myös Fuenzalida-Puelma ym. 2010, 119–120) kuvauksia. Tämä viitekehys on esitetty usein eurooppalaisten OECD-maiden rahoitusjärjestelmien vertailuissa (WHO 2006, 8–9; Thomson ym. 2009a, 22–25). Kutzinin lähteissä esitettyä kuviota muutin niin, että väestön ja valtion sijainnit ovat päinvastaisia ja rahavirrat liikkuvat ylhäältä alaspäin. Näillä muutoksilla haluan korostaa väestön roolia palveluiden rahoittajana.

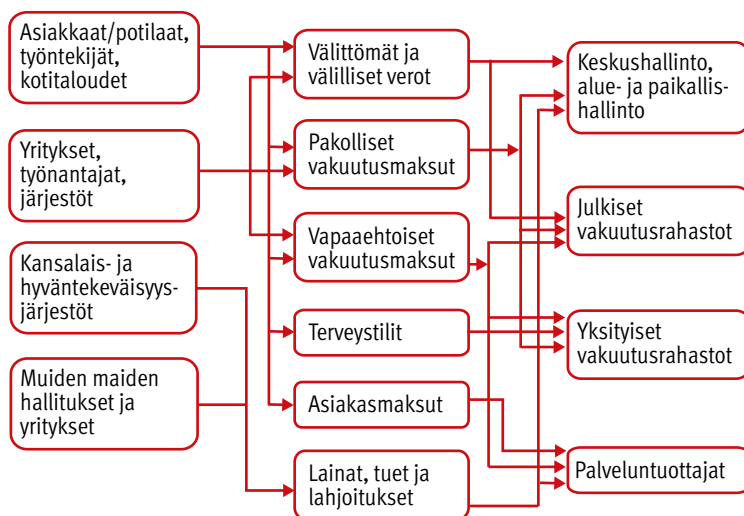
Kuviossa 4 vasemmalle sijoittuvaan väestöön, joka tarvitsee, rahoittaa ja käyttää palveluita, kuuluvat palveluita rahoittavat julkiset organisaatiot, työnantajat ja muut osapuolet. Oikealla on valtio, joka hallinnoi kokonaisuutta keskushallintona yhdessä alueellisten organisaatioiden, kuten kuntien ja maakuntien, avulla. Valtio kerää varat yhdistäen ne palvelujen järjestämistä ja ostamista varten. Väestön valintojen sekä terveys- ja puoluepolitiikkojen avulla määritellään, millaista palvelujen kattavuutta (engl. *coverage*) väestölle on saatavissa rahoituksen vastineeksi. Valtio säätelee kokonaisuutta lainsäädännöllä ja ohjaa toimintaa informaatiolla. (Kutzin 2001, 173–174; Thomson ym. 2009b, 23.)

Kutzinin (2001) kuvauksissa terveydenhuollon rahoituksesta on hyvin samankaltaisia piirteitä kuin Reinhardtin aiemmissa (1990) kuvauksissa. Väestö maksaa varoja niiden keräämisestä vastaaville tahoille (engl. *collecting funds*). Valtio vaikuttaa siihen, mitä kerätään ja miten kerääjiä säädellään. Varojen kerääjät siirtävät rahoituksen tahoille, jotka yhdistävät varat (engl. *pooling funds*). Tämä ”poolaus” voi tarkoittaa käytännössä vakuutuksia tai laskelmia siitä, mitä varoilla voidaan väestölle järjestää. Valtio säätelee varojen käyttöä määrittelemällä alueellisille toimijoille maksettavia valtionosuuksia, sairausvakuutuksen korvauksia tai määrittelemällä säädöksiin alueellisille toimijoille tehtäviä. Valtio osallistuu varojen kohdentamiseen eri palveluihin ja määrittelee yhdessä järjestäjätahojen kanssa, miten kattavina väestö saa palvelut. Varat yhdistänyt taho siirtää ne järjestäjälle, joka päättää ostamisesta hankintana (engl. *purchasing services*). Väestö vaikuttaa valinnoillaan järjestelmän rahoitusvirtoihin sen eri vaiheissa. Palveluiden ostamisesta vastaavalta taholta eli järjestäjältä varat siirretään palveluiden tuottamisen rahoittamiseen (engl. *providing services*). Valtio säätelee palvelujen tuottamista, joiden käytöstä väestö maksaa käyttömaksuja. (Kutzin 2001, 173–174.)

Terveyspolitiikan avulla määritellään terveydenhuollon tasa-arvon, palvelujen laadun, tehokkuuden, saatavuuden ja läpinäkyvyyden tavoitetasot. Mitä suorituskykyisempiä terveydenhuolto ja sen rahoitusjärjestelmä ovat, sitä enemmän niiden avulla voidaan tuottaa terveyttä (engl. *health gain*) ja taloudellista suojaa terveyttä uhkaavia riskejä vastaan (engl. *financial protection*) niin, että palvelut ovat väestölle riittäviä ja tarpeenmukaisia (engl. *responsiveness*). Suorituskykyinen järjestelmä mahdollistaa terveyden ja käytettävissä olevien voimavarojen tasa-arvoisen jakautumisen väestölle (engl. *equity in health, equity of finance*). (Fuenzalida-Puelma ym. 2010, 5–6; myös Smith ja Papanicolas 2012, 9–10.)

Kuviossa 5 erittelen rahavirtojen kulkua Kutzinin (2001, 175) mukaan erilaisista rahoituslähteistä rahoitusmekanismien avulla kollektiivisille institutionaalisille agentteille (Mossialos ja Dixon 2002, 5; Saltman ym. 2004, 5; ks. myös Seppälä ja Pekurinen 2014, 11–13). Rahoitusjärjestelmistä riippumatta kansalaisilla päämiehinä on useita ensisijaisia ja suurimpien rahoittajien rooleja, veronmaksajina, asiakkaina tai potilaina, työntekijöinä ja kotitalouksina. Lisäksi rahoitusta kerätään työnantajilta, yrityksiltä ja järjestöiltä sekä rahoitusta voidaan hankkia kansainvälisesti erityisesti poikkeusoloissa muita valtioilta avustuksina tai lainoina. (Kutzin 2001, 175.) Palveluiden tuottajat voivat olla rahoitusta kerääviä kollektiivisia institutionaalisia valtion agentteja. Ne voivat saada verojen ja sairausvakuutusmaksurahoituksen lisäksi asiakasmaksuja ja yksityistä vakuutusrahoitusta.

**Kuvio 5.** Terveydenhuollon rahoituslähteet, rahoitusmekanismit ja kollektiiviset agentit.

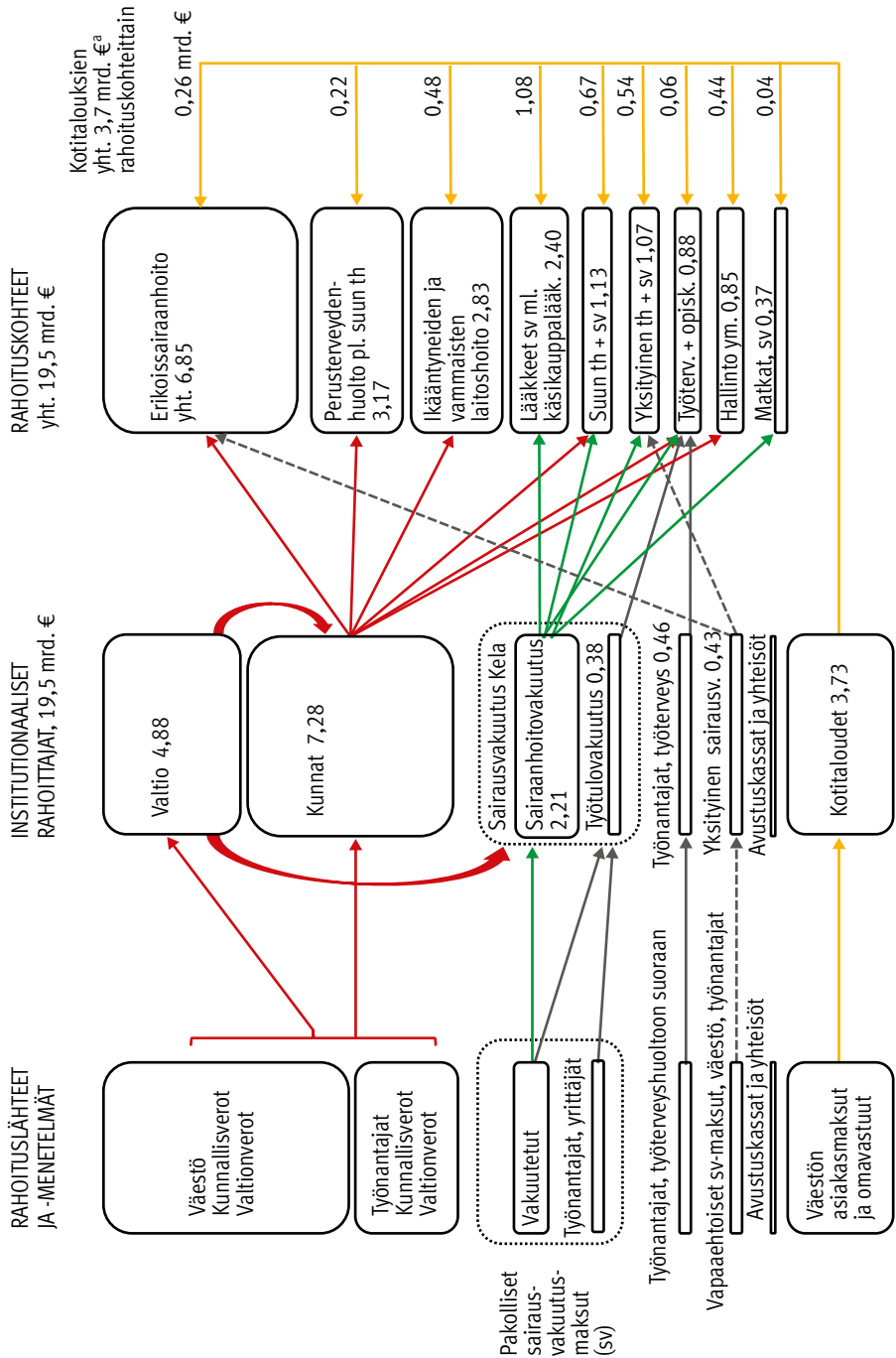


Lähde: Kutzin 2001, 175; Mossialos ja Dixon 2002, 5, mukaillen.

### 3.1.3 Rahoitusteorioiden hyödyntäminen rahavirtojen kuvauksessa

Suomalaisen terveydenhuollon palvelumenojen rahavirtakuvauksissa on taustalla teoreettisessa osassani esittelemieni Reinhardtin (1990) ja Kutzinin (2001) kaltaisia teorioita, vaikka niitä ei ole käsitelty erityisesti esimerkiksi Pekurisen (2007, 32) ja Seppälän ja Pekurisen (2014, 23) julkaisuissa. Suomalaisen palvelujärjestelmän rahavirtoja voidaan kuvata Kutzinin (2001) esittäminä rahavirtoina niin, että rahoituslähteiden ja -menetelmien, rahoitusta kokoavien instituutioiden ja rahoituskohteiden koot (pinta-aloina) vastaavat suhteellisesti niiden euromääräistä kokoa kansallisessa terveydenhuoltomenotilastossa vuonna 2014 (THL 2016b). Siten kuvio 6 (s. 45) poikkeaa Seppälän ja Pekurisen (2014) julkaisussa esitetyistä kuvioista. Esitän kustannus- ja rahoitustiedot kansallisen tilastoraportin mukaisesti. Esitän myös niitä seikkoja, joita kuviossa 6 ei voi arvioida.

Kuvio 6. Terveydenhuollon rahavirrat vuonna 2014.



<sup>a</sup>Kotitalouksien 3,7 mrd. euroa sisältyy 19,5 mrd. euron rahoitukseen v. 2014  
Lähde: Seppälä ja Pekurinen 2014, mukaillen.

Reinhardtin triangelimallia (1990) voidaan soveltaa suomalaiseen terveydenhuoltoon siten, että rahoitusjärjestelmässä kolmantena osapuolena ovat valtio, kunnat ja julkista sairausvakuutusta hallinnoiva Kela. Kansalaiset ovat palveluiden käyttäjiä eri rooleissa. Pekurisen (2007, 32) esittämässä mallissa tuottajina ovat esimerkiksi sairaalat, terveyskeskukset ja lääkäriasemat. Suomalaisen terveydenhuollon rahoituksen rahavirtoja ja rakenteita on kuvattu THL:n tuottamissa raporteissa (THL 2011, 15; Seppälä ja Pekurinen 2014, 17). Rahoitusta ja kustannuksia on kuvattu palveluryhmittäin ja rahoittajittain kansallisissa terveystalouden raporteissa (THL 2016b ja 2017).

Vuonna 2014 terveydenhuollon palvelujen merkittävimmät rahoituslähteet olivat väestö ja työnantajat, kuten valtio- ja kuntatyönantajat, yritykset, kirkko sekä järjestöt (kuviot 6). Merkittävimmät rahoitusmekanismit olivat kuntien väestöltä ja työnantajilta keräämät kunnallisverot sekä valtionverot. Seuraavaksi eniten rahoitusta muodostui väestön palveluiden käytöstä maksamista asiakasmaksuista ja omavastuuosuuksista. Kolmanneksi merkittävin rahoitustapa olivat pakolliset sairausvakuutusmaksut, joita väestö maksoi vakuutettuina Kelan hallinnoimiin sairausvakuutuksen sairaanhoito- ja työtulovakuutusrahastoihin. Työnantajat maksoivat työtulovakuutusrahastoon sairausvakuutusmaksuja työterveyshuollon järjestämistä varten ja lisäksi ne rahoittivat työterveyshuoltoa työnantajamaksuina, josta ne eivät ole saaneet korvauksia vakuutusrahastosta. Muiden yksityisten, vapaaehtoisten vakuutusmaksujen, avustuskassojen ja yhteisöjen merkitys rahoituslähteinä 19,5 miljardin euron kokonaisrahoituksesta oli vaatimatonta. (THL 2016b.)

Rahoittajana merkittävimpiä olivat kunnat, jotka valtionosuudet mukaan lukien rahoittivat kaksi kolmasosaa terveydenhuollon kustannuksista. Valtio rahoitti kunnille maksamiensa valtionosuuksien lisäksi noin puolet sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta. Lisäksi valtio rahoitti palvelujärjestelmän yleistä hallintoa sekä valtion tutkimuslaitoksia ja sairaaloita, mutta niiden osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on pieni, eikä niitä esitetä kuviossa 6. Kotitaloudet olivat rahoittajista kolmanneksi suurimpia (palveluiden käytön asiakasmaksut ja omavastuuosuudet). Seuraavaksi suurimman rahoitusosuuden muodosti Kelan sairausvakuutus kokonaisuutena. Työnantajien työterveyshuollon suora rahoitus ja muun yksityinen rahoitus muodostivat rahoituksesta loput. (THL 2016b.)

Rahoituskohteista eniten rahaa kohdistui kuntien ja valtion rahoittamaan erikoissairaanhoitoon, yli kaksi kertaa enemmän kuin perusterveydenhuoltoon. Kuviossa 6 perusterveydenhuollon kustannuksissa ei ole mukana erikseen arvioituja suun terveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa ja opiskeluterveydenhuoltoa. Kolmanneksi suurin kohde oli ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikainen laitoshoido. Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta suurin osa kohdistui avohoidon reseptilääkkeisiin ja huomattavasti vähemmän yksityisen terveydenhuollon palveluihin sekä suun terveydenhuoltoon. Kuviossa 6 en erittele, kuinka paljon kohteisiin sisältyi rahoitusta pelkästään sairausvakuutuksen kautta, joita olen eritellyt luvun 7 taulukoissa 10 (s. 112) ja

11 (s. 113). Palveluorganisaatioiden hallinnolliset kustannukset sisältyvät niiden toimintamenoihin, eikä niitä ole eriteltävissä rahoittajittain.

Suomessa hyväntekeväisyys- ja kansalaisjärjestöjen rahoitusta ei tilastoida samalla tavalla terveydenhuollon menoksi kuin muissa OECD-maissa (THL 2016; OECD 2019). Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) (vuodesta 2017 alkaen STM:n Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA) Veikkauksen voittovaroista järjestöille jakamista avustuksista vain osa on sisällytetty terveydenhuoltomenoiksi (THL 2016b)<sup>38</sup>. Järjestöjen rahoitusta on pidetty puolivaltiollisena, koska se on ollut säädeltyä ja osaksi julkisesti rahoitettua Suomessa (VNa 1552/2016; Brax 2018) ja monissa Euroopan maissa (ks. Kari ja Warkwort 2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen kokonaisrahoituksesta ei ole ajankohtaisia tilastotietoja. Suomessa ei ole ollut rahoitustapoina terveystilejä tai henkilökohtaisia budjetteja kuten useissa muissa maissa (vrt. kuvio 5). Ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon mukaan ottaminen terveydenhuoltomenoihin perustuu OECD:n tilastointimenetelmään (THL 2017, 1).

Suomalaiseen terveydenhuoltoon on liittynyt erityispiirteitä, joita ei voi ottaa huomioon kuvattaessa rahoituksen rakenteita yleisesti. Kunnallisten palvelujen järjestäminen on ollut laajasti hajautunutta verrattuna muihin OECD-maihin, mikä on vaikuttanut julkisten palvelujen rahoittamiseen ja järjestämiseen (THL 2011, 52). Valtio on antanut kunnille julkisen vallan laajan terveyspalvelujen järjestämistehtävän, joka perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta (L 733/1992). Kuntalain (L 365/1995) 2 §:n mukaan kunta saa päättää sille määrätystä tehtävistä ja laissa sille määrätystä tehtävistä. Kunnilla pitää olla kansalaisten hyvinvointioikeuksien turvaamiseksi riittävät voimavarat, mutta itsehallintonsa rajoissa niillä on ollut harkintavaltaa palveluiden järjestämistavoista. Kunnilla on perustuslain (L 731/1999) 121 §:n mukaan itsehallintoon perustuva verotusoikeus ja keräämällään veroilla ne voivat rahoittaa järjestämistään palveluista valtaosan. Valtio jakaa kunnille terveyspalvelujen järjestämistä vastaan väestöltä kerättyjä veroja (L 1704/2009) peruspalvelujen valtionosuutena, joka kattaa kolmanneksen menorahtoksesta. Valtionosuuksia ei ole korvamerkitty terveyspalveluiden järjestämiseen. Kuntien on noudatettava lainsäädäntöä ja palveluiden pitää olla kaikille yhdenvertaisia, eikä ketään saa syrjiä. (Matikainen 2014, 6.) Työterveyshuollon järjestämisvastuu on työterveyshuoltolain (L 1383/2001) mukaan työnantajilla, joilla on palvelujen rahoitusvastuu. Opiskeluterveydenhuollon järjestämisvastuu on terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) kunnilla, mutta kunnan suostumuksella ja Valviran (sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston) hyväksymänä yliopisto-opiskelijoiden palveluiden järjestämisestä on vastannut YTHS (Seilo 2012, 11).

38 Vuonna 2017 STEAn järjestöille jakamista 322,7 milj. € avustuksista oli 76,8 milj. € terveyteen ja toimintakykyyn kohdennettuja toiminta- ja hankeavustuksia. Näissä avustuksissa ei ole mukana investointi- ja yleisavustuksia, ja ne ovat kohdistettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseksi. (THL 2019.) Järjestöjen muusta rahoituksesta ei ole tietoja tilastossa.



Sairausvakuutuslakiin (L 1224/2004) perustuen julkisen terveydenhuollon ja työnantajien työterveyshuollon järjestämisvastuuseen kuulumattomien yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden sekä tutkimuksien ja hoitojen, terveystalouteen liittyvien matkojen, avohoidon reseptilääkkeiden ja kuntoutuksen kustannuksista on osa korvattu väestölle sairaanhoitovakuutuksesta. Valtio ja kansalaiset ovat rahoittaneet sairaanhoitovakuutusta puoliksi. Työterveyshuollon kustannuksista on osa korvattu työnantajille työtulovakuutusrahastosta, jota ovat rahoittaneet pääasiassa työnantajat, työntekijät ja yrittäjät. Valtion rahoituksen osuus ollut noin prosentti. Väestö on rahoittanut julkisia palveluja käyttöön perustuvilla asiakasmaksuilla, joista ovat olleet vapautettuja alle 18-vuotiaat ja määritellyt maksukatot ylittäneet henkilöt. Väestön sairausvakuutuksen rahoitus on ollut etukäteen palkkatuloista maksettua sosiaalivakuutusmaksua.

Kuviossa 6 on mukana kansalaisten palveluista asiakasmaksuina ja omavastuuosuuksina maksama rahoitus. Kotitalouksien palveluiden käytön rahoituksessa on suuria eroja palveluittain. Kunnallisen perusterveydenhuollon lääkäripalveluista kansalainen maksoi asiakasmaksuina 5,5 prosenttia (THL 2017), mutta yksityisistä, osin sairausvakuutuksen korvaamista palveluista omavastuu oli 84 prosenttia kustannuksista vuonna 2017 (Kela 2018). Työterveyshuollossa ei ole ollut asiakasmaksuja. Korkeakouluopiskelijat rahoittivat YTHS:n palveluita lukukausiin sidotuilla opiskelijamaksuilla ja palveluiden käyttömaksuilla kustannuksista 18–19 prosenttia. Väestö maksoi lisäksi yksityisistä palveluista toimisto- tai hallintomaksuja, joita ei tilastoida. Käsittelen yksityistä ja julkista rahoitusta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa ja rahoituksessa luvussa 7.

## 3.2 Instituutioteoriat monikanavarahoituksen muutoksen selittäjänä

### 3.2.1 Northin organisaatiot ja instituutiot

Douglass C. Northin (1993a ja b) pääasiassa yhdysvaltalaiseen ja englantilaiseen taloushistoriaan perustuvat teoriat muuttuvista instituutioista ovat kokonaisuutena yksinkertaisia ja helposti yleistettäviä (Ojala ja Lamberg 2001, 79), joten niitä voidaan hyödyntää myös suomalaisen sote-tutkimukseen. Northin teoriat ovat ajankohtaisia, sillä niissä instituutiot ovat taloudellisen kasvun mahdollistajia. Talous voi kasvaa, jos instituutiot palkitsevat organisaatioita tuottavasta toiminnasta. Talous ei kasva, jos instituutiot palkitsevat tuottamatonta toimintaa tai painottavat tulojen uudelleenjakoa tai jos organisaatiot maksimoivat rajojensa puitteissa vain omia etujaan. (North 1993a, 242). Northia (1993a) tulkiten terveydenhuollon instituutiolla voidaan tarkoittaa valtiota ja vakuuttajia, jotka tarvitsevat terveydenhuollon tuottamisessa agenteikseen useita organisaatioita.

Northin (1993b) mukaan uusklassisen taloustieteen kysyntä- ja tarjontateoriat tai rationaalisen valinnan teoriat eivät ole riittäviä taloudellisen toiminnan kokonaisvaltaisessa arvioinnissa. Näitä teorioita on täydennettävä ottamalla mukaan organisaa-

tiot ja instituutiot, joiden avulla voidaan arvioida ihmisten välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä (ks. North 1993b, 11 ja 107). Yhteiskunta tarvitsee organisaatioita ja instituutioita vähentämään liiketoiminnasta aiheutuvia kustannuksia (engl. *transaction costs*) suojatakseen liiketoimintaan liittyviä omistusoikeuksia (engl. *property rights*). Terveystaloustieteen näkökulmasta kysymyksessä ovat ns. kitkakustannukset (engl. *friction costs*). Lambergin ja Ojalan (1997, 10) mukaan nämä kustannukset ovat tuotannon tai palvelujen välittämistä syntyviä kustannuksia, joita uusklassinen taloustiede ei käsittele.

Valtio kehittää instituutioita säätämällä lakeja liiketoiminnan kustannusten vähentämiseksi. Instituutioina lainsäädäntö ja asetukset ovat virallisia sääntöjä (engl. *formal rules*), ja ideologiat, tavat ja tottumukset ovat epävirallisia ohjausvaikutuksia<sup>39</sup> (engl. *informal constraints*). Koska instituutioita on erilaisia, on oleellista, millaisia institutionaalisia rakenteita yhteiskunnassa painotetaan, sillä instituutioista voi muodostua joko toiminnan mahdollistajia tai rajoittajia (North 1993b, 36–53).

Northin (1993b ja 1997) mukaan instituutioiden ja organisaatioiden kilpailu niukoista voimavaroista voi johtaa institutionaaliseen muutokseen. Kilpailu pakottaa organisaatiot investoimaan uuteen tietoon ja taitoon, jolloin ne hankkivat ajanmukaisia käsityksiä mahdollisuuksistaan ja muuttavat niitä vähitellen. Institutionaalisella ympäristöllä ja kannustamisella määritellään ne tiedot ja taidot, joihin kannattaa investoida parhaiden hyötyjen saavuttamiseksi. Käsitykset kannattavimmasta toiminnasta riippuvat lopulta siitä, miten toimijat hahmottavat itse asiat. Institutionaalinen muutos on aina vähittäistä ja polkuriippuvaista (engl. *path dependency*), koska siihen vaikuttavat useat taloudellisen ympäristön sisäiset tekijät ja ulkoisvaikutukset. (North 1997, 6–7; ks. myös North 1993b, 110–112 ja Lamberg ym. 1997, 20.) Institutionaalisia muutoksia ei voida ymmärtää, jos ei tunneta historiallista polkuriippuvuutta. Polkuriippuvainen päätöksenteko ei ole rationaalista, jos epärationaalisuudesta on aiheutunut kustannuksia (North 1993b, 4–5).

Instituutioteoria liittyy päämies-agenttiteoriaan siten, että liiketoimintakustannukset aiheutuvat tiedon epätasaisesta jakautumisesta, ja esimerkiksi terveydenhuollossa kilpailu- ja niukkuusoleutukset eivät toimi. North korostaa, että tieto on hyvin kallista (1993b, 108). Tiedon epätasaisen jakautumisen takia päämies ei voi koskaan tietää toimiiko agentti hänen etujensa mukaisesti, joten päätöksenteko on rajoitetusti rationaalista. Rationaalisin päätöksenteko liittyy sopimuksen tekemiseen. Osapuolten päätöksentekoa ohjaavat virallisten sääntöjen lisäksi epäviralliset ideologiat ja arvot. Eri osapuolet motivoituvat, kun ne saavat ajaa omaa etuaan. Kaikki organisaatiot maksimoivat omaa etuaan, mikä saattaa olla mahdollista rikkomalla sääntöjä ja hyötymällä sopimuksista (ks. North 1993b, 31). Taloudelliseen toimintaan tarvitaan kolmas osapuoli. Se on usein valtio. Kolmatta osapuolta tarvitaan muuttamaan pää-

39 Sanalla *constraints* North tarkoittaa Timosen (1996, 156) mukaan ohjausvaikutusta eikä niinkään pakottamista tai rajoittamista.

miehen ja agentin välisiä epävirallisia suhteita virallisiksi säännöiksi, erityisesti toiminnan määrän ja siihen liittyvän vaihtelun lisääntyessä, jolloin sopimuksista tulee monimutkaisempia ja vaikeampia hallita. (North 1993b, 34–35.) Kun instituutiot tuottavat toiminnan rakenteita, ne määrittelevät liiketoiminnan kustannuksia. Se, kuinka hyvin instituutiot voivat ratkaista koordinaation ja tuotannon ongelmia, vaikuttaa toimijoiden motivaatioon (North 1993b, 34).

Northin (1997, 7) mukaan organisaatioiden ja instituutioiden pitää kilpailutilanteessa parantaa tehokkuutta. Jos kilpailua ei ole, organisaatioilla on vähän kannusteita investoida uuteen tietoon. Ilman kilpailua institutionaalinen muutos ei voi olla nopeaa, mikä voi johtaa rakenteiden jäykistymiseen. Kun organisaatioiden välillä on voimakasta kilpailua, institutionaalinen muutos kiihtyy. Northin (1997, 8) mukaan institutionaalisen kannustejärjestelmän avulla valitaan, painotetaanko organisaatioille tuottavuutta vai uudelleenjakoa. Kun yrityksen tavoitteena on voitto, on usein julkisilla organisaatioilla menojen ja tulojen tasapaino. Jos kannusteilla painotetaan tuottavuutta, organisaatiot investoivat tuottavuutta parantavaan tietoon. Organisaatioiden valinnat kannattavimmasta toiminnasta perustuvat yksilöllisiin käsityksiin ja tulkintoihin. Oleellista on se, millainen tieto edistää toimintaa, auttaa ratkaisemaan jokapäiväisiä ongelmia ja vaikuttaa kulttuurien muuttamiseen. Siten henkilöt, joilla on erilainen tausta, tulkitsevat samaa tietoa eri tavoin ja saattavat tehdä erilaisia valintoja (North 1997, 8–9; ks. mm. 1993b, 5).

Northin (1997, 10) mukaan tiedon suodattaminen ja oikeat valinnat voivat mahdollistaa myös institutionaalisten muutosten menestystarinat. Jos organisaatiot tulkitsevat tiedon auttavan olemassa olevien ongelmien ratkaisuihin tai parantavan kilpailukykyä, organisaatiot tekevät samalla valintoja, joiden seurauksena ne muuttuvat tai niiden legitimitetti eli toiminnan oikeutus kannattajien näkökulmasta muuttuu. (North 1997, 10–11.)

### 3.2.2 Scottin instituutioiden kannattelevat rakenteet ja kannattajat

Scott ym. (2000) ovat tutkineet empiirisesti 1990-luvulla organisaatioihin liittyvää instituutionaalista muutosta San Franciscon lahden alueen terveydenhuollon organisaatioissa. Instituutiot rakentuvat kolmesta kannattelevasta pilarista eli regulatiivisesta (sääntelevästä), normatiivisesta (ohjeellisesta) ja kulttuuris-kognitiivisesta (tietoon perustuvasta) rakenteesta, jotka antavat instituutioiden sosiaaliselle toiminnalle merkityksen ja vakauden (Scott 2008, 48). Scottin (2008, 211) teorian avulla voidaan ymmärtää laajasti organisaatioiden yhteiskunnallisten toimintaympäristöjen rakenteita ja prosesseja. Scottin (2008) mukaan organisaatiot eivät ole instituutioista erillisiä vaan ne kuuluvat kiinteästi institutionaaliseen kokonaisuuteen ja organisaatiot voivat kehittyessään saada institutionaalisia piirteitä ja rakenteita. Scottin instituutioiden

kannattelevien pilareiden avulla voidaan jäsentää eri rakenteisiin ja toimintoihin liittyviä painotuksia, tarkastelutasoja sekä organisaatioiden kannattajia<sup>40</sup>.

Taulukossa 3 esitän Scottin mukaan instituutioita kannattelevat rakenteet eli pilarit, joiden avulla instituutiot ovat yhtenäisiä (engl. *coherence*), saavat toiminnalleen merkityksiä (engl. *meanings*) ja toimintakentällään pysyvyyttä (engl. *stability*). Instituutioiden rakenteet painottuvat perusteineen eri tavoin eri instituutioissa. Myös Rinne (2009, 56) on käsitellyt tutkimuksessaan Scottin pilareilta instituutioita ylläpitävinä rakenteina.

**Taulukko 3.** Instituutorakenteiden kolme pilaria ja niiden perusteet.

Perusteet	Instituutiota kannattelevat pilarit		
	Regulatiivinen eli sääntelevä	Normatiivinen eli ohjeellinen	Kulttuuris-kognitiivinen eli tietoon perustuva
<b>Peruste noudattaa sääntöjä</b>	Tarkoituksenmukaisuus	Sosiaalinen velvollisuus	Jaettu ymmärrys, itsestäänselvyys
<b>Peruste toiminnan järjestämiselle</b>	Säännöt ohjauksena	Odotukset sitovat toimintaa	Yleinen toimintamalli tai tapa toimia
<b>Mekanismi eli toimintatapa</b>	Pakko	Normit	Jäljittely
<b>Logiikka eli toimintamalli</b>	Ulkoa tuleva ohjaus, välineellisyys	Sopivuus, soveltuvuus	Puhdasoppisuus, oikeaoppisuus
<b>Indikaattorit eli mittarit</b>	Säännöt, lait, seuraamukset	Todistukset, valtuutukset, sertifioinnit	Yleinen uskomus, yhteinen ajattelumalli, samankaltaisuus
<b>Vaikutukset eli toiminnan seuraukset</b>	Syylisyyden pelko tai syyttömyys	Häpeä tai kunnia	Epävarmuus tai varmuus
<b>Legitimiteetti eli toiminnan oikeutus</b>	Lakiin perustuva seuraamus	Moraalinen seuraamus	Ymmärrettävyys, tunnistettavuus, kulttuurin mukaisuus

Lähde: Scott 2008, 50–52; ks. myös Rinne 2009, 56.

Kaikkien instituutioiden toiminnan tärkeänä perusteena on toiminnan oikeutus tai hyväksyttävyys (Scott 2008, 50–51). Organisaatiot hakevat toiminnalleen oikeutusta mukauttamalla toimintaansa ympäristössä painottuvien regulatiivisten, normatiivisten ja kognitiivisten vaatimusten mukaisesti. Legitimiteetti määrittelee instituution kannatusperustan sen mukaan, kuinka hyvin instituutio onnistuu noudattamaan toimintamalliaan ja toimintalogiikkaansa (Scott 2008, 50–51).

40 Kuoppala (2001, 31–32) jäsentää Scottin pilariteorian mukaisesti transaktiokustannus- ja resurssi riippuvuusteorian regulatiivisiksi, instituutio- ja päätöksentekoteorian normatiivisiksi sekä instituutio- ja populaatioekologiateorian kulttuuris-kognitiivisiksi tutkimussuuntauksiksi.

Kulttuuris-kognitiivinen rakenne määrittelee, miten käytännössä toimitaan eli mitä tehdään. Tässä tietoon perustuvassa rakenteessa valtiolla on vähäisimmät keinot ohjata käytännön toimintaa, joten instituutioiden professiot määrittelevät toimintamallit. Tämä voinut tarkoittaa terveydenhuollon instituutioissa ja organisaatioissa lääketieteellisten professioiden painottumista tai esimerkiksi markkinayhteistyöhön liittyen liiketoiminnan tai kuntatalouden näkökulmasta johtamisprofessioiden painottumista. (Vrt. Scott 2008, 53.)

Instituutioiden kannattajat (engl. *carriers*), voidaan jakaa rakenteita kuvaavien kolmen pilarin avulla. Kannattajien erityispiirteet voidaan ryhmitellä symbolisten tunnusten, yhteisöllisten perusteiden, rutiinitehtävien ja tavoitteiden mukaan (taulukko 4). (Scott 2008, 79–85.) Kannattajat ovat institutionaalisen toiminnan kannalta tärkeitä, sillä he määrittelevät varsinaisten instituutioiden toimijoiden toiminnan logiikat.

**Taulukko 4.** Instituutorakenteiden pilarien kannattajien erityispiirteet.

Kannattajien erityispiirteet	Instituutiota kannattelevat pilarit		
	Regulatiivinen eli sääntelevä	Normatiivinen eli ohjeellinen	Kulttuuris-kognitiivinen eli tietoon perustuva
<b>Symboliset tunnukset</b> (engl. <i>symbolic systems</i> )	Lait, säännöt	Arvot, odotukset	Luokittelut, tyypittelyt, mallit
<b>Yhteisöllinen peruste</b> (engl. <i>relational systems</i> )	Lakiin perustuva pakko	Viranomaisiin tukeutuva (engl. <i>authority systems</i> )	Rakenteellinen yhdenmukaisuus, identiteetit
<b>Rutiinitehtävät</b>	Pöytäkirjat, vaatimustason mukaiset menettelyt	Vastuut, roolit, velvollisuudentunto (engl. <i>obedience to duty</i> )	Käsikirjoitukset
<b>Tavoitteet</b> (engl. <i>artifacts</i> )	Noudattaa määriteltyjä tehtäviä	Noudattaa yleisiä käytäntöjä	Pitää hallussaan symbolista arvoa

Lähde: Scott 2008, 79–85.

Regulatiivisuutta eli sääntelyä painottavat kannattajat vaativat lakien ja sääntöjen noudattamista legitimoiden näin instituution toimintaa. Ohjeellisuutta painottavat kannattajat korostavat instituution tehtävää arvoina ja rooleina, joita on ylläpidettävä yleisen käytännön mukaisesti viranomaisiin tukeutuen. Kun aiemmin pilareiden perusteissa arvioitiin, että valtion osuus on heikoin kulttuuris-kognitiivisissa eli tiedollisen rakenteiden painottumisessa ja vahvin regulatiivisuutta painottavissa instituutioissa, samalla tavalla painottuvat kannattajien erityispiirteet.

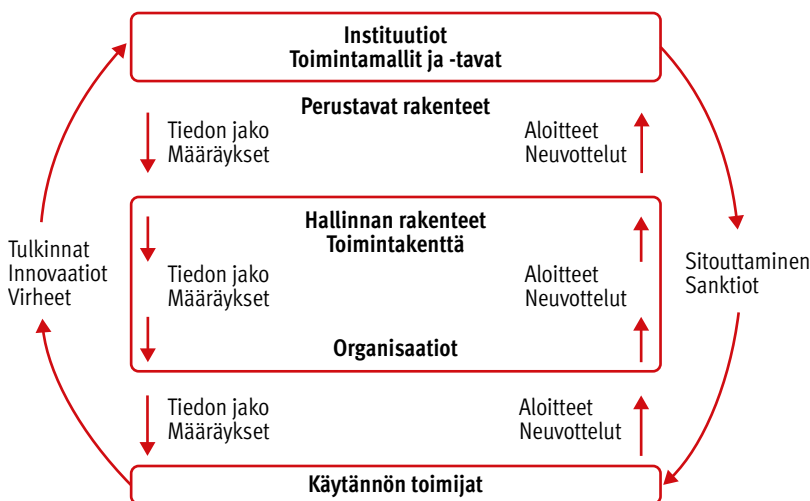
Scottin ym. (2000, 20–21) mukaan San Franciscon lahden alueen tutkimuksessa erityisesti terveydenhuollon instituutioiden muutoksissa painottui kolmen tekijää: 1) Institutionaaliset logiikat (engl. *logics*) ovat yksilöiden laatimia mahdollisia periaat-

teita organisoitumiselle, tiedollisia karttoja ja uskomuksia, jotka antavat toiminnalle tarkoituksen. 2) Institutionaaliset toimijat (engl. *actors*) ovat logiikkojen laatijoita ja kannattajia (engl. *carriers*), yksilöitä tai organisaatioita, jotka esimerkiksi käyttäjinä tai tuottajina määrittelevät institutionaalisessa ympäristössä ominaispiirteitä, voimavaroja, oikeuksia ja vastuita. 3) Lisäksi on otettava huomioon se, miten regulatiivisen toiminnan kontrollointi on järjestetty hallinnollisilla järjestelmillä (engl. *governance systems*).

Terveydenhuollon organisaatiot ovat kiinteässä yhteydessä ympäristönsä kanssa ja muuntuvat alueensa väestön tarpeiden mukaisesti (Scott 2008). Vaikka pilarit rakenteina ja kannattajien erityispiirteet painottuvat instituutioissa ja organisaatioissa eri tavoin, on niissä samoja ominaisuuksia. Instituutioiden muutoksissa toiminnalle on saatu oikeutus. Kannattajat määrittelevät millaisia legitimizeettijä instituutioilla on. Kuviossa 7 kuvatut instituutioiden muutokset ylhäältä alaspäin (engl. *top-down*) ja alhaalta ylöspäin (engl. *bottom-up*) auttavat arvioimaan eri suunnista tulevien muutospyrkimysten yhteyksiä (Scott 2008, 190–192; ks. myös Rinne 2009, 69–70).

Scottia ym. (2000, 24–25) tulkiten muutosten monitasoisuuden arvioitiin vaikuttavan terveydenhuollon institutionaaliseen syvään muutokseen, kun osapuolet saivat käyttäytymiseen ja mielipiteisiin vaikuttavia uusia rooleja ja tehtäviä. Tällöin saattoi syntyä uusia strategioita, sääntöjä, hallinnollisia mekanisme, logiikoita ja mukaan saattoi tulla uusia toimijoita. Instituutiolle tuli uusia tarkoituksia ja toimijoille uusia suhteita. Instituutioiden kohdeväestö saattoi muuttua, jolloin aiemmat rajoitteet ja väestön palveluihin liittyvät ryhmittelyt sekoittuivat ja instituutioiden toimintakentät rakentuivat uudelleen. (Scott ym. 2000, 24–25.)

**Kuvio 7.** Instituutioiden muutoksissa tapahtuvat prosessit.



### 3.2.3 Instituutioteorioita täydentävä päämies-agenttiteoria

Päämies-agenttiteoria (PA-teoria) täydentää tutkimuksessani instituutio- ja rahoitusteorioita, sillä sen avulla voidaan ymmärtää toimintaan osallistuvien tahojen toimeksiantosuhteita monikanavaisessa rahoitus- ja palvelujärjestelmässä. THL:n (2011 ja 2012a) monikanavarahoituksen kritiikissä terveydenhuollon agenttien eli järjestäjien, rahoittajien ja tuottajien liiallinen oman hyödyn osaoptimointi aiheuttaa yhteiskunnalle (ts. valtiolle ja kansalaisille päämiehinä) tarpeettomia kustannuksia ja tehottomuutta. Terveydenhuollossa on kysymys tiedon epätasaisesta jakautumisesta ja siitä, ettei täydellisiä markkinoita ole (North 1993b, 108). Scottia (2008) tulkiten instituutioiden rakenteiden erityispiirteet ja niiden kannattajien (päämiehinä ja agenteina) toiminnan perusteet vaikuttavat oleellisesti instituutioiden kehittymiseen ja muutoksiin.

Monikanavaisen järjestelmän ymmärtämisessä oleellista on se, että erityisesti terveydenhuollossa kuluttaja ei ole aina suvereeni tekemään päätöksiä. Koska potilaalla ei ole niin paljon tietoa, että hän pystyisi diagnosoimaan vaivansa ja tietämään parhaat menetelmät terveytensä hoitamiseen, hän tarvitsee valintojen tekemiseen terveydenhuollon tuottajien, usein lääkäreiden, apua (Hurley 2000, 60, 73). Terveydenhuollossa potilaan ja lääkärin tiedot terveydestä ja sairaudesta ovat jakautuneet epätasaisesti, jolloin puhutaan tiedon asymmetriasta. Mooneyn ja Ryanin (1993, 124) mukaan potilaan ja lääkärin suhde mallinnetaan siten usein kannusteongelmia sisältävänä PA-suhteena, koska terveydenhuollossa osapuolten tavoitteet ja päämäärät eivät ole eikä niiden tulisi olla toisistaan riippumattomia talousteorian yleisten oletusten mukaisesti.

Terveyteen liittyy runsaasti epävarmuutta, sillä potilas ei tiedä riittävästi terveyttään uhkaavista vaaroista ja sairastamisen riskeistä (Arrow 1963, 942). PA-teoriassa potilas tekee päämiehenä lääkäri-agentin kanssa sopimuksen tehtävien suorittamisesta (ts. terveyden hoitamisesta) päämiehen puolesta. Sopimuksessa sovitaan tavoitteista ja päätösvalan siirrosta agentille. Päämiehen ja agentin sopimus on kielelliseen vertaukseen perustuva ilmaus eli metafora. Yksinkertaisimmassa tilanteessa sopimus perustuu täydelliseen informaatioon osapuolten välillä ja päämies tietää, mitä agentti tekee. Selkeimmässä tilanteessa päämies ostaa agentilta tehokkainta käyttäytymistä (Eisenhardt 1989, 61), mikä tarkoittaisi terveydenhuollossa sitä, että potilas rahoittaisi itse tarvitsemansa palvelut.

Jos päämiehen ja agentin välinen informaatio on täydellinen, päämies tietää, mitä agentti tekee. Täydellinen agentti pyrkii maksimoimaan päämiehensä edun. Mutta terveyteen liittyvän epävarmuuden ja tietovajeiden takia terveyden palvelumarkkinat ovat epätäydelliset, mikä johtaa markkinahäiriöihin ja valtion osallistumiseen terveyden tuottamiseen. Valtion tehtävänä on allokoida käytettävissä olevat voimavarat siten, ettei kenenkään tilan kohentaminen heikentäisi muiden tilaa niin, että koko väestö saa tarvitsemansa palvelut (vrt. Tuomala 2009, 19–21). Lisäksi potilaan ja lää-

kärin päämies-agenttisuhte laajenee niin, että valtio tarvitsee tehtävien hoitamiseen kumppaneikseen instituutioita ja organisaatioita, jotka muodostavat terveydenhuoltoon monikerroksisen päämiesten ja agenttien organisaatio- ja instituutioverkoston. Tähän kokonaisuuteen vaikuttavia erityispiirteitä on se, että valtion yhtenä tehtävänä on huolehtia kokonaisuudessa terveyden mahdollisimman oikeudenmukaisesta jakautumisesta, sillä terveydestä on julkishyödykkeenä myönteisiä ulkoisvaikutuksia koko väestölle (Tuohy ja Glied 2011, 58–61).

Monikanavarahoituksen näkökulmasta päämies-agenttisuhteessa syntyy ongelmia osapuolten maksimoidessa omaa hyötyään. Agentti ei voi aina toimia päämiehen edun mukaisesti, ja päämiehelle tulee lisäkustannuksia agentin tehtävien valvonnasta (engl. *monitoring*). Kustannuksia (engl. *agency costs*) voi tulla siitä, jos joutuu sitouttamaan (engl. *bonding*) agenttia epäedullisen toiminnan estämiseksi, mutta lisäkustannuksia syntyy ennen kaikkea silloin, kun päämiehen ja agentin tavoitteet ja toiminta eivät kohta. (Jensen ja Meckling 1976, 308–309.)

Agenttisuhteissa tehokkuuden parantamisen perusedellytyksinä on pidetty riskien kustannusten ja tietovajeiden huomioon ottamista (Eisenhardt 1989, 58–59). Ongelmien taustalla voi olla osapuolten erilainen suhtautuminen riskiin ja erilaiset riskipreferenssit, joiden takia osapuolten tavoitteet eivät kohta. Eisenhardtia (1989, 58) tulkiten kysymyksessä voi olla julkisesti rahoitetuissa toiminnoissa esimerkiksi terveydenhuollossa se, että osapuolet eivät tunnista toistensa riskipreferenssejä, jotka vaikuttavat tähän päämies-agenttisuhteeseen. Liiketaloudessa päämies-agenttisuhteet ovat melko selkeitä. Syynä ongelmiin saattaa olla se, että julkisessa taloudessa päämiehillä voi olla erilaisia rooleja palveluiden käyttäjinä, äänestäjinä ja päätöksentekijöinä (Mayston 1993, 76–77).

Vaikka päämies-agenttisuhteissa riskien käsittely on liitetty lähinnä yksityisiin vakuutuksiin, vastaavia ongelmia voi tapahtua kaikissa päämies-agenttisuhteissa (Evans 1984, 37–45). Eisenhardtin (1989, 60–61) mukaan päämiehen on ”pakotettava” agentti ottamaan riskejä, jotta toiminta voisi olla tehokasta. Jos agentti välttelee riskejä (engl. *risk aversion*), muodostuu jännitteitä siinä, miten riskejä allokoidaan ja miten tuloksesta palkitaan (Holmström ja Milgröm 1991, 24). Jos agentti toimii vain osittain päämiehensä hyväksi ja pinnaa tehtävistään, mitä päämies ei kykene valvomaan, syntyy moraalista riskiä (engl. *moral hazard*). Suhteessa muodostuu haitallista valikoitumista (engl. *adverse selection*), jos agentti vääristelee kykyjään, joita päämies ei voi varmistaa. Molempien osapuolten oletetaan olevan itsekkäitä, rajoitetusti rationaalisia ja riskin välttäjiä, ja toimintaa rahoittavan päämiehen oletetaan suhtautuvan riskiin neutraalisti (engl. *risk neutral*). Agentilla on usein enemmän tietoa kuin päämiehellä, mutta tietoa on ostettavissa. Agentit voivat hyötyä moraalaisesta vaarasta, haitallisesta valikoitumisesta, informaation epätasaisesta jakautumisesta tai riskien välttelystä, mutta yhteiskunnalle ne voivat merkitä varojen tehotonta käyttöä. (Evans 1984, 37–45.)



Päämies-agenttisuhteessa osapuolet maksimoivat rationaalisesti hyvinvointiaan preferenssiensä mukaisesti ja preferenssijärjestykseen voidaan vaikuttaa kannusteilla. Kannustajana päämies on auktoriteetti, ja oleellista on se, millaisia kannusteita päämiehellä on käytettävissään. (Björklund 2008, 34–35.)

Kannusteiden päämäärien asettaminen perustuu käytännönläheiseen intentionaaliin harkintaan. Päämäärien asettamiseen vaikuttaa se, missä ympäristössä (esim. instituutiossa) kannustaminen on tehty ja ketä on kannustettu. Sisäiset kannusteet saavat toimimaan ilman ulkoista pakkoa omien intressien mutta toisen asettamien päämäärien mukaisesti. Kannusteet voivat olla positiivisia, toimijan kannalta myönteisiä tai palkkion tai etuuden saamiseen houkuttavia tai negatiivisia, jotka uhkaavat jonkin saavutetun edun tai oikeuden menettämistä. Kannustimia voi antaa ennen toimintaa tai sen jälkeen. (Björklund 2008, 76–77, 144.) Ulkoiset kannusteet ovat ulkopuolisen auktoriteetin asettamia taloudellisia, sosiaalisia ja normatiivisia kannusteita (ks. myös Olson 1971, 60–61).

### 3.2.4 Instituutioteorioita hyödyntäneitä tutkimuksia

Käsittelen seuraavaksi tutkimuksia ja näkemyksiä, jotka ovat vaikuttaneet tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen valintoihini. Douglass C. Northin (1993a ja b ja 1997) ja W. Richard Scottin (2000 ja 2008) teorat ovat kansainvälisesti tunnettuja, mutta suomalaisessa tutkimuksessa heitä ei yhdessä ole hyödynnetty (ks. Riukulehto 2001). Saarinen (2010a, 51) on instituutioteorioita tutkiessaan arvioinut Suomen Lääkäriliittoa hyvinvointivaltion osana ja toteaa: ”Liitto on institutionalisoitunut universaaliin verorahoitteiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja pohjoismaiseen hyvinvointivaltiokulttuuriin.” Vaikka Saarinen ei käsittele tutkimuksessaan erityisesti Scottin teoriaa, tuloksia voi tulkita niin, että etujärjestö on vaikuttanut laajasti muiden instituutioiden tiedollisiin, normatiivisiin ja säännöllisesti regulatiivisiin rakenteisiin (ks. Saarinen 2010a, 51). Kysymyksessä ovat samat instituutiota kannattelevat pilarit kuin Scottin (2008) teoriassa. Rinne on tutkinut hyvinvointivaltiota instituutiona ja sosiaalialan projektitoimintaa. Hänen mukaansa Scottin teoria auttaa arvioimaan hyvinvointivaltiota ja sen muutostarpeita. Tulosten mukaan lainsäädäntö ei ole kannustanut, mutta ei ole toisaalta estänyt projektitoimintaa. (Rinne 2009.)

Northin (1993b ja 1997) näkökulma historiallisesta polkuriippuvuudesta soveltuu suomalaisen terveystalouden tutkimukseen. Terveystalouden institutionaalisen kehityksen kuvauksessa viitataan Mattilan (2011, 20–29) näkemyksiin polkuriippuvuudesta. Polkuriippuvuutta on tutkittu erityisesti sosiaalipolitiikan tiedealalla (ks. Niemelä ja Saari 2011). Käsitykseeni polkuriippuvuudesta institutionaalisissa kuvauksissa on vaikuttanut Hiilamon ym. (2014, 206) tulkinta siitä, että historiallisessa polkuriippuvuudessa ”rakenteet pyrkivät säilyttämään asemansa ja uusintamaan itseään” ja aiemmat päätökset rajoittavat sekä hidastavat instituutioiden muutosta.

Perusteluni päämies-agenttiteorian (PA-teorian) mukaan ottamiselle instituutioteorioita täydentäviksi teorioiksi on se, että teoriaa on hyödynnetty monipuolisesti poliittisten tieteiden, sosiologian, rahoituksen ja organisaatioiden tutkimuksissa (vrt. Eisenhardt 1989, 57) sekä laajasti julkisen sektorin tutkimuksessa (Mayston 1993). Erityisesti teoriaa on käytetty taloustieteessä yksilön rationaalisen valinnan ja hyödyn maksimoinnin tutkimuksissa (ks. Valtonen 1987, 39–46) sekä terveydenhuollossa lääkäreiden (McGuire 2011, 167–168) ja hammaslääkäreiden palkkaustutkimuksissa (Abelsen 2011).

Suomessa PA-teoriaa on hyödynnetty useissa kunnallistalouteen liittyvissä tutkimuksissa. PA-suhde on usein määritelty toimeksiantosuhteena, jossa kunta saa kuntalaisilta tehtävän siitä, mitä palveluita sen tulee järjestää (Sinervo 2011, 136). Valkaman (2004, 24), joka on tutkinut kilpailuneutraliteettia kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla, mukaan kysymyksessä on kunnallishallinnon dualistinen periaate, jossa poliittinen järjestelmä tekee päätökset ja kuntien virastot toteuttavat ne. PA-teoriaa on hyödynnetty myös tutkittaessa kuntatalouteen liittyviä finanssiriskejä (Laesterä 2010). Kivistön (2007, 51) mukaan valtion ja kuntien suhde on kahden tai useamman tahon toimeksiantosuhte (engl. *agency relationship*), jossa valtio päämiehenä rahoittaa esimerkiksi agentteina toimivia yliopistoja opetus-, tutkimus- ja palvelutehtävien suorittamista vastaan.

Kuntatalouteen liittyvät tutkimukset nostavat esiin sen, että kuntaympäristöön liittyvät päämies-agenttisuhteet ovat monitasoisia ja monimutkaisia. Meklin (2000) on tutkinut julkisen verorahoitteen toiminnan vuosittaista tulosoajasta tilintarkastuksessa, tuloksellisuustarkastuksessa ja arvioinnissa. Kuntiin liittyvässä toiminnassa ei ollut aina selvää, olivatko toimijat päämiehiä vai agentteja vai molempia. Oulasvirran (1994, 157) mukaan tilaaja-tuottajamallien arvioinnissa on hyödynnetty päämies-agenttiteoriaa. Malli on nostanut esiin kunnan roolin palveluiden järjestäjänä vastakohtana perinteiselle hyvinvointivaltion käsitykselle kunnasta palveluiden tuottajana. Kunnan rooliksi on jäänyt yhä enemmän palvelutuotannon sijasta markkinoiden säätelijän, rahoittajan ja ostajan rooli. Jos kunta on ollut tuottajana, on sen ollut yhä enemmän kilpailtava muiden kanssa. Meklinin (2000, 138) mukaan kunnissa on useita päämies-agenttisuhteita. Erityisesti tilintarkastuksen näkökulmasta päämiehiä ovat kuntalaiset, jotka valitsevat valtuutetuiksi agentteja käyttämään kunnan varallisuutta ja valtaa. Valtuutetut jakavat tehtävät erillisille toimintayksiköille. Syntyy päämies-agenttisuhteita, joissa poliitikot ovat päämiehiä ja toimintayksiköt tilivelvollisia agentteja (Meklin 2000, 138; ks. myös Oulasvirta 1994, 158–159).

PA-teorian rajallisuus on havaittavissa Kivistön (2007, 194–201) tutkimuksessa, jossa hän tutki PA-teorian avulla valtio-yliopistosuhdetta, tulosoajajärjestelmää sekä hallinta- ja ohjausmenetelmiä. Tutkimuksessa tuotettiin viitekehys ohjauksen vaikeuksista ja löydettiin selitys kustannusten kasvulle ja heikoille suorituksille. Kuitenkaan teorian lähtöoletukset oman edun tavoittelusta ja motivaatiosta eivät selittäneet

suoritusten heikkoutta, eikä teorian avulla voitu ottaa huomioon kulttuurisia, sosiaalisia ja poliittisia erityispiirteitä. (Kivistö 2007, 186.)

Terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa kiinnittyy huomio siihen, että instituutio-naalinen ympäristö on monitasoinen. Päämiesten ja agenttien tavoitteet ja toiminta eivät kohtaa. Tutkimuksessa sairaaloiden laskutusjärjestelmistä sairaanhoitopiirit olivat päämiehiä, joilla oli kuntien yhteenliittyminä kollektiivisia ongelmia päätöksenteossa ja tavoitteissa (Mikkola 2002, 23–24; ks. myös Olson 1971). Hinnoitteluista päättivät sairaanhoitopiirit sairaaloiden kanssa, ja kunnat olivat passiivisia ostajia, eikä erityisesti pienillä kunnilla ollut neuvotteluvoimaa. Hinnoittelu oli kannusteena heikko, koska tilaajat ja tuottajat eivät olleet erillisiä ja poliitikot toimivat molemmilla puolilla. Kun kunnat ottivat vastuun kustannusriskeistä, hinnat saattoivat nousta sairaanhoitopiirien alijäämien vuoksi. Kustannusten hillintä oli toissijaista, jos sairaala oli alueen tärkeä työnantaja. Kunnat ostivat palveluita omilta sairaaloiltaan, koska ne olivat niistä taloudellisessa vastuussa. (Mikkola 2002, 23–24.)

Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalleja koskevassa tutkimuksessa Lillrankin (2006, 17–18) mukaan päämies-agenttisuhde on toimeksiantosuhde, jossa on vapaaehtoista vaihdantaa tiedon epäsuhtan vallitessa. Tilaaja-tuottajamallissa on päämies-agenttisuhde palveluiden käyttäjän ja toimeksiantajan (kuntalainen–kunta), tilaajan ja tuottajan (tilaajaorganisaatio – terveyskeskus ja sairaala) sekä toimeksiantajan ja tilaajan (poliitikot ja virkamiesjohto – tilaajaorganisaatio). Kun yhteiskunta rahoittaa pääasiassa verorahoituksella terveyspalveluita ja kunnat vastaavat palveluista suurimman osan järjestämisestä, yhteiskunta on agenttiansa kautta päämies-agenttisuhteissa osallinen kolmantena osapuolena, sillä palveluiden valinta ja rahoitus ovat eriytyneet (Lillrank 2006, 9–10). Vesivalon ym. (2006) tutkimuksen mukaan 2000-luvulla hammashuoltouudistuksen toimeenpanossa terveyskeskus kunnan agenttina toimeenpani uudistuksen, jolloin hammaslääkärijohtajat olivat muutosjohtajia ja päämiehiä. Kannusteet eivät tukeneet tavoitteita, vaan toimintaa ohjasivat hoidon tarpeet ja totutut toimintatavat. PA-teoriaa on hyödynnetty lisäksi tutkimuksissa hammashoitopalvelujen käytöstä (Nguyen 2008) ja palvelusetelin kysynnästä vanhusten palveluasumisessa (Peiponen 2009) sekä sivuttu terveydenhuollon lähijohtamisen valtaa ja tilivelvollisuutta käsittelevässä tutkimuksessa (Isosaari 2008).

## 4 Monikanavarahoitus kansainvälisessä kehityksessä

Kansainvälisellä terveystaloudellista linjauksilla sekä yhteistyöllä kansainvälisten järjestöjen WHO:n, OECD:n ja EU:n kanssa on vaikutusta suomalaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän kehittymiseen. Toisaalta nämä asiat ovat vaikuttaneet monikanavarahoituksen ongelmien havaitsemiseen (vrt. Mattila 2011; Leppo 2013; Melkas 2013). Reinhardtin (1990) esittämässä kansalaisen, tuottajan ja ns. kolmannen osapuolen eli valtion tai vakuuttajan rahoitusmallin eli triangelin keskiössä ovat terveystaloudelliset näkemykset ja hallinnollinen toiminta. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ongelmien, kuten monikanavarahoituksen, tunnistamiseen ja arviointiin on ollut suuri merkitys sillä, että Suomen maavertailujen viiteryhmä laajeni pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden<sup>41</sup> viiteryhmästä laajoiksi kansainvälisiksi OECD-maavertailuiksi.

Seuraavaksi tutkin, miten suomalainen järjestelmä on luokiteltu eri maiden sosiaaliturvajärjestelmien vertailussa ja miltä järjestelmä näyttää tällä hetkellä kansainvälisessä OECD-maiden rahoitusvertailuissa (OECD 2017). Sitten käsittelen kansainvälisen terveystaloudellisuuden vaikutuksia järjestelmän kehitykseen ja lopuksi teen yhteenvedon näistä tiedoista.

### 4.1 Kansainvälisten rahoitusjärjestelmien vertailu

Hyvinvointivaltioiden kansainväliset ryhmittelyt auttavat ymmärtämään eri maiden sosiaaliturvajärjestelmien erityispiirteitä ja mahdollisia muutostarpeita. Hyvinvointivaltioita on pidetty erilaisten markkinataloudellisten edustajina, jotka ovat tuottaneet eri menetelmillä julkishyödykkeitä ja ohjanneet taloudellista toimintaa (Kangas 2006, 194). Hyvinvointivaltioita on ryhmitelty 1950-luvulta alkaen niiden hoitamien sosiaalivakuutusjärjestelmien perusteella ideaalimalleihin, esimerkiksi bismarckilaisiksi<sup>42</sup> tai beveridgeläisiksi<sup>43</sup>, joiden molempien erityispiirteitä oli suomalaisessa järjestelmässä jo 1960-luvulla. Järjestelmiä on ryhmitelty Walter Korven ja Joakim Palménin esittämien sosiaalipolitiikkatyyppien mukaan (ks. Kangas 2002, 240–246; Kangas 2006, 209–212) tai rahoituksen järjestämistavan (ks. Airio ja Niemelä 2015, 44–50) mukaan. Richard Titmussin ja Gösta Esping-Andersenin tyyppittelyihin perustuen Suomi on luokiteltu instituutioihin tukeutuvaksi pohjoismaiseksi sosiaalidemokraattiseksi hyvinvointivaltioksi (Hiilamo ym. 2014, 204).

41 Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden sosiaalivakuutusjärjestelmiä on pidetty laajempina kuin useissa OECD-valtioissa. Esim. vuonna 1990 sosiaalimenojen bkt-osuus oli Ruotsissa (27 %), Suomessa (23 %), Tanskassa (22 %) ja Norjassa (22 %) suurempi kuin OECD-maissa keskimäärin (17 %) (OECD 2019). Vaikka sosiaalimenojen bkt-osuus on ollut laajuuden arvioinnissa tavallista, on sen arvioitu soveltuvan huonosti tilanteisiin, jossa väestö ikääntyy, sosiaaliset ongelmat kasvavat tai kansantuote vaihtelee (vrt. mm. Julkunen ja Saari 2013, 309).

42 Saksalaisen Otto von Bismarckin (1880-luvulla) mukaan nimetty työväen pakollinen sosiaalivakuutusjärjestelmä, jossa sosiaaliturva perustui työsuhteeseen ja sen rahoitus sairausvakuutusmaksuihin.

43 Englantilaisen William Beveridgen (1940-luvulla) mukaan nimetty kaikkien asukkaiden universaaliin minimiturvaan perustuva sosiaaliturvajärjestelmä, joka rahoitetaan veroilla.

Järjestelmiä on luokiteltu ja nimetty rahoitusmekanismeihin eri tavoilla osin sen perusteella, mitä maita vertailussa on mukana. Maailmanpankin 25 maan vertailussa järjestelmät jaettiin pääosin verorahoitteisiin (13 maata ml. Suomi), pääosin julkisilla sairausvakuutusmaksuilla rahoitettaviin (9 maata) ja muihin järjestelmiin (mm. Yhdysvallat, Singapore) (Busse ym. 2007, 13). EU-maiden (EU 2012, 101) vertailussa rahoitusmekanismien yhdistelmät olivat *mixed-model*-järjestelmiä, joissa huomattava osa rahoituksesta oli kerätty yksityisillä vakuutusmaksuilla tai asiakasmaksuilla (Itävallassa, Bulgariassa, Kreikassa). Vaikka eri valtioiden järjestelmissä on havaittu olevan niitä erottavia institutionaalisia erityispiirteitä, puhtaita ideaalimalleja ei ole (Lehto 2015, 66–67). Bismarckilaisen ja beveridgeläisen ideaalimallin lisäksi järjestelmät voivat olla esimerkiksi pääosin yksityiseen vakuutukseen perustuvia liberaalimalleja (Lehto 2015, 66–69).

Suomalainen rahoitusmalli on perustunut pääosin beveridgeläisittäin edustukselliseen demokratiaan ja verorahoitukseen. Työmarkkinaosapuolten ja valtion osallistuminen työterveyshuoltoon sekä kuntoutukseen on ollut korporatiivista bismarckilaisuutta. Lisäksi yksityisen rahoituksen osuus on kasvanut yleisesti OECD-maissa (ks. Lehto 2015, 72, 77.) Lehdon (2015, 75–78) mukaan suomalainen järjestelmä on hybridi eli sekamuoto, jossa on eri ideaalimallien lisäksi erityispiirteitä, joita muissa järjestelmissä ei ole. Siten sitä ei voi pitää erityisen pohjoismaisena<sup>44</sup>, vaan se on ”omalaatuinen pohjoismais-länsieurooppalainen” järjestelmä, jonka rahoituksessa ja hallinnassa on ollut epätasa-arvoa sekä epäoikeudenmukaisuutta lisääviä riskejä. Ruotsissa ja Tanskassa lainsäädännön toimeenpanosta ovat vastanneet maakunnat, kun Suomessa vastuu on ollut kunnilla. Terveydenhuollon toteutus on ollut ristiriidassa pohjoismaisen tasa-arvokäsityksen kanssa, koska muun muassa lääkäripalvelujen käyttö on jakautunut epätasa-arvoisemmin kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa (ks. van Doorslaer ym. 2014) ja pienituloiset ovat rahoittaneet tuloistaan suhteellisesti enemmän palveluja kuin suurituloiset (ks. mm. Kapiainen ja Klavus 2007). (Lehto 2015, 75–78.) Hiilamo ym. (2010, 7–9) tulkiten Suomen Ruotsia suurempien sosioekonomisten terveyserojen taustalla ovat osin palveluiden jakautuminen perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. Pohjoismaisissa ja kansainvälisissä vertailuissa esille on noussut koko sosiaaliturvan taustalla oleva kahtiajako. Palveluiden ja tulonsiirtojen edut ovat suhteellisesti hyviä työmarkkinoilla oleville (engl. *insider*), mutta heikkoja sen ulkopuolisille (*outsider*). (Hiilamo ym. 2010, 7–9.)

Sekamuotoiset hybridijärjestelmät ovat sekoittaneet eri järjestelmien ryhmittelyjä ideaalimalleihin sosiaalitieteissä (Kangas 2006, 193). Ideaalimallien (engl. mm. *Beveridgean*, *Bismarckian*, *mixed-model*) lisäksi eri maiden järjestelmien arvioinnissa ryhmittelyjä on tehty markkinoiden ja vakuutusten sekä niiden kattavuuden pohjalta. Ryhmittelyjä on tehty myös säätelyn, budjettirajoitteiden, portinvartijuuden ja palveluiden järjestämisen keskittyneisyyden tai hajautuneisuuden mukaan (mm. Jourard

44 Lehdon (2013, 69) mukaan Pohjoismaiden ja Ison-Britannian järjestelmät ovat käytännössä lähinnä beveridgeläisiä ideaalityyppejä.

ym. 2010, 50; EU 2012, 105, 112). Erilaisissa organisaatioiden ryhmittelyissä voi olla julkisten ja yksityisten verkostojen sekamuotoja, joissa on sekä julkisten että yksityisten organisaatioiden erityispiirteitä (ks. Johanson ja Vakkuri 2018). Suomalainen esimerkki tästä voisi olla peruspalvelukuntayhtymä tai kunnallinen liikelaitos.

Erityisen näkökulman suomalaisen järjestelmän kansainväliseen vertailuun tuo se, kuinka monikanavaisina tai yksikanavaisina eri rahoitusjärjestelmiä on pidetty. Suomalaisen asiantuntijoiden mukaan Suomen järjestelmä on kansainvälisesti ainutlaatuinen (engl. *unique*) (Häkkinen 2005, S101; ks. Pekurinen 2007, 55), koska sekä julkisella sairausvakuutuksella että verorahoitteisella kunnallisella järjestelmällä on rahoitettu rinnakkain samantyyppisiä palveluja.

Kun eri valtioiden järjestelmiä on vertailtu kansainvälisesti, niitä on luokiteltu sen mukaan, ovatko ne yhden (engl. *single-payer*) tai usean rahoittajan (engl. *multi-payer*) rahoittamia. Verorahoitteisten Kanadan kansallisen terveysvakuutuksen ja Ison-Britannian kansallisen National Health Service (NHS) -järjestelmän sekä Saksan julkisen sairausvakuutusjärjestelmän on arvioitu olevan ns. single-payer-järjestelmiä. Yhdysvaltojen pääosin yksityisten vakuutusten kautta rahoitetun terveydenhuollon on arvioitu olevan ns. multi-payer-järjestelmä (Blomqvist 2011, 10). OECD-maiden vuosien 2005 ja 2007 tietoihin perustuen Ison-Britannian, Ruotsin ja Tanskan verorahoitteisten sekä Japanin sairausvakuutukseen perustuvan järjestelmän on arvioitu olleen lähimpänä single-payer-järjestelmiä<sup>45</sup>. Kanadan alueellisesti hajautetun terveysvakuutukseen perustuvan järjestelmän on arvioitu vastaavan Saksan ja Ranskan sairausvakuutusjärjestelmien keskittyneisyyttä. Suomen<sup>46</sup> järjestelmän on arvioitu olleen keskittyneisyydessään vertailun keskitasoa. Alankomaiden järjestelmä on arvioitu Suomen järjestelmää hajautuneemmaksi, koska yksityisten vakuutusten osuus oli maassa suurempi kuin Suomessa. Vertailun mukaan hajautuneimpia olivat Yhdysvaltojen ja Sveitsin järjestelmät (Glied 2009, 596–597).

Kaikissa Euroopan unionin maissa on ollut julkisen rahoituksen lisäksi yksityisiä sairausvakuutuksia ja muuta yksityistä rahoitusta (Thomson ja Mossialos 2009, 32). Terveystenhuoltojärjestelmien vertailuissa on ollut tavoitteena löytää suorituskyvyltään parhaita järjestelmiä. Esimerkiksi Gliedin (2009) maavertailuissa on arvioitu, mitkä maat ovat lähimpänä single-payer-järjestelmiä. On oletettu, että mitä enemmän järjestelmissä on single-payer-ominaisuuksia, järjestelmässä muodostuu hieman vähemmän hallinnollisia kustannuksia ja kokonaiskustannuksia suhteessa bruttokansantuotteeseen<sup>47</sup> kuin hajautuneemmassa järjestelmässä. Gliedin

45 Eri maiden rahoitusjärjestelmien single-payer- vs. multi-payer-arviointi perustuu tässä OECD-maiden rahoituksen arvioitiin ns. Herfindahl-indeksin avulla (Glied 2009, 596–597).

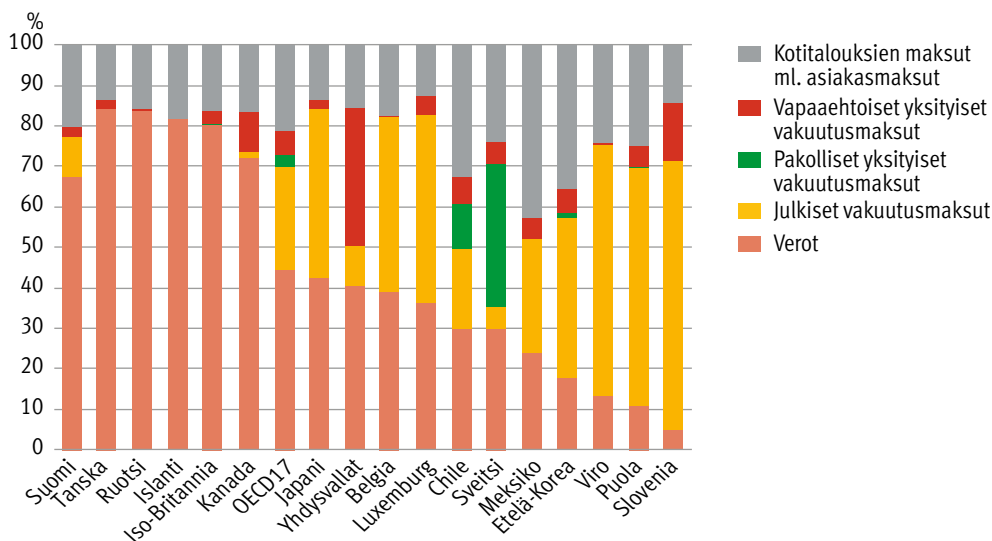
46 Suomessa, Itävallassa, Kreikassa, Italiassa ja Portugalissa palvelujen käytöstä perittävien maksujen osuus on huomattava maiden pääosin veroihin tai sairausvakuutusmaksuihin perustavasta rahoituksesta (mm. Oliver ym. 2005, S4).

47 Bruttokansantuote (bkt) on kotimaisten tavaroiden ja palveluiden tuotannossa aikaansaatu arvonlisäys. Ks. <http://www.stat.fi/til/vtp>.

(2009, 593) mukaan OECD-mailla on erilaisten rahoitusjärjestelmien yhdistelmiä, ja niistä valtaosan, Suomi mukaan lukien, voi tulkita olevan single-payer-järjestelmiä, joissa koko väestö kuuluu universaalisti kattavasti terveydenhuollon piiriin. Euroopalaisten OECD-maiden keskinäiset suorituskyykerot ovat olleet erittäin pieniä, ja niiden suorituskyyvyssä on ollut suuria eroja ainoastaan Yhdysvaltoihin verrattuna. Vaikka Yhdysvalloissa rahoitus ei perustu pelkästään yksityisten vakuutusten multipayer-järjestelmään, valtio on usein vertailuissa esimerkkinä *multipayer health system* -rahoitusjärjestelmänä (Feldman 2009; Oliver 2009). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän suorituskyyky on arvioitu OECD-maiden keskitasoa paremmaksi. (Glied 2009, 593.)

OECD:n julkaisussa *Health at a Glance* (2017, 138–139) on esitetty 17 OECD-maan terveydenhuollon rahoituslähteet (kuvio 8). Kaikissa OECD-maissa terveyshuollon hyödykkeiden ja palvelujen rahoitus koostui useista rahoituslähteistä (*mix of different sources of revenues*).

**Kuvio 8.** OECD-maiden terveydenhuollon rahoituslähteet vuonna 2015.



Lähde: OECD 2017.

Vuonna 2015 OECD-maiden terveydenhuoltoa rahoitettiin eniten veroilla (45 %), julkisilla vakuutusmaksuilla (25 %) ja kotitalouksien maksuilla (21 %). Pakollisten yksityisten (3 %) ja vapaaehtoisten vakuutusmaksujen (6 %) osuus rahoituksesta oli pienin. Pohjoismaissa, Isossa-Britanniassa ja Kanadassa verojen osuus rahoituksesta oli suurin (67–84 %) ja huomattavasti suurempi kuin muissa OECD-maissa (26 %). Ainoastaan Islannissa ei ollut lainkaan vakuutusrahoitusta. Tanskassa, Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa ei ole ollut julkista vakuutusrahoitusta ja Islantia lukuun ottamatta kaikissa maissa oli yksityistä vakuutusrahoitusta. Suomessa julkisen rahoituksen

osuus (77 %) oli pienempi kuin muissa Pohjoismaissa (81–84 %) ja Isossa-Britanniasa (80 %) mutta suurempi kuin OECD-maissa (70 %). Suomessa julkisten vakuutusmaksujen osuus (10 %) oli yli kaksi kertaa pienempi kuin OECD-maissa keskimäärin. Suomessa vapaaehtoisten vakuutusmaksujen osuus (2,3 %) oli suurempi kuin muissa Pohjoismaissa, mutta pienempi kuin Isossa-Britanniassa (3,4 %) ja Kanadassa (9,9 %).

Vaikka eri maiden rahoitusjärjestelmien ryhmittelyt ja tilastolliset vertailut perustuvat yhdessä sovittuihin määritelmiin, niistä ei ole saatavissa tietoa, joita hyödyn-tään on arvioitu Pohjoismaiden sosiaali- ja terveystalouksia. Suomen perusterveydenhuoltoa on sosiaali- ja terveydenhuollon sote-uudistuksen valinnanvapausmallia arvioitaessa (Jonsson ym. 2016; Tynkkynen ym. 2016, 33–44) verrattu erityisesti Ruotsiin, Tanskaan ja Norjaan, joissa julkisen rahoituksen osuus ja terveydenhuolto-menojen osuus bruttokansantuotteesta ovat olleet suurempia kuin Suomessa (VTK 2011a, 66; THL 2017, taulukko 8). Kun Suomen monikanvarahoitusta arvioidaan rajatusti perusterveydenhuollon palveluissa, Suomen ero muihin Pohjoismaihin on se, että muissa maissa ei ole erillistä työterveyshuoltoa, korkeakouluopiskelijoille suunnattuja palveluja eikä rinnakkaista kunnallista palvelujärjestelmää ja saman-aikaista julkista sairausvakuutusta (vrt. Jonsson 2016, 7–12). Kaikissa Pohjoismaissa on kotitalouksien palveluiden käyttöön perustuvia asiakasmaksuja ja rahoitusta yksityisistä vakuutuksista<sup>48</sup>.

Ruotsissa perusterveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu on 20 maakäräjällä ja muilla alueilla. Kotisairaanhoidosta, kouluterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastaa 290 kuntaa. Maakäräjillä ja kunnilla on verotusoikeus. Palveluiden tuottajat ovat yksityisiä ja julkisia. Norjassa perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla ja tuottajat ovat pääasiassa sopimussuhteiset yksityislääkärit. Lääkäripalvelut rahoitetaan kuntien ja valtion vakuutusjärjestelmän (kokonaisrahoituksesta valtio 35 %, kunnat 30 %) ja potilasmaksujen avulla. Tanskassa viisi itsehallintoaluetta vastaa terveydenhuollosta ja 98 kuntaa erityisesti ehkäisevästä hoidosta, terveyden edistämisestä, lasten hammashoidosta, kouluterveydenhoidosta ja kotisairaanhoidosta sekä pääosin kuntoutuksesta. Perusterveydenhuollossa lääkärit ovat yksityisiä ammatinharjoittajia, jotka tekevät sopimuksen kansallisen vakuutusjärjestelmän kanssa. Vakuutusjärjestelmä kattaa kustannuksista 90 prosenttia, josta noin kolmasosa on henkilömääriin perustuvaa kapitaatiokorvausta ja loput perustuvat suoritteiden määriin. (Jonsson ym. 2016, 7–12; Tynkkynen ym. 2016, 34.)

48 Ks. <https://stats.oecd.org>.



## 4.2 Kansainväliset vaikutukset rahoitusjärjestelmän kehitykseen

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja terveystaloudet ovat saaneet runsaasti kansainvälisiä vaikutteita YK:n erityisjärjestöiltä, erityisesti WHO:lta ja ILO:lta<sup>49</sup> (mm. Leppo 2013, 86–102). Suomalaiset asiantuntijat ovat osallistuneet aktiivisesti WHO:n toimintaan sen perustamisesta alkaen. Lepon (2013, 87–88) mukaan jo 1950-luvulla WHO:sta tuli sen toiminnan vakiintuessa tärkeä asiantuntijatiedon välittäjä. Kun kaksi kansallista komiteaa arvioi vuosina 1965 ja 1969 WHO:n tutkimusten kansainvälisiä vertailutietoja, Suomen terveystulosten havaittiin olleen vaatimattomia ja kuolleisuuden suurta sekä investointien painottuneen sairaaloihin. Avoterveydenhoidon palvelut olivat neuvoloita lukuun ottamatta kehittymättömiä. Lääkäreistä ja hoitajista oli pula. Sairausvakuutuksen tuolloin merkittävät matka- ja lääkekorvaukset sekä lääkärinpalkkioista maksetut korvaukset kohdistuivat pääosin yksityislääkäreiden sijoittumispaikkakunnille suuriin kaupunkeihin. Lääkkeet olivat kalliita. Terveystalouteen on vaikuttanut WHO:n terveystaloudellisen ajattelun kulkemisenä 1960- ja 1970-lukujen taitteessa ollut *primary health care* eli perusterveydenhuolto<sup>50</sup>. Sen perusajatuksena oli arvioida terveysohjelmia, niiden toteuttamisen rakenteita ja henkilöstövoimavaroja kokonaisuutena, jotta yhteiskunta pystyi vastaamaan laaja-alaisesti yhteiskunnan muuttuviin haasteisiin (ks. Leppo 2013, 88–90).

Suomi kuului 1970-luvulla pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden viiteryhmiin. Kansanterveysjärjestelmän kehityksessä korostuivat institutionaalisuus ja polkuriippuvuus, jossa aiemmin tehdyt päätökset ehdollistavat tulevaa. (Mattila 2011, 185.) Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa sosiaaliturva oli universaalisti kattavaa ja pääosin julkisen sektorin vastuulla. Pohjoismaiden kuvattiin olevan kaikkien kansalaisten hyvinvointia tavoittelevia, voimavaroja uudelleen jakavia sekä markkinoiden ulkopuolisia toimijoita (ks. Kari 2011, 7–9).

Vuonna 1972 Suomessa tuotettiin talousneuvoston toimeksiannosta terveystaloudellinen viitekehys, jossa terveydenhuollon yleistavoitteeksi määriteltiin mahdollisimman hyvä terveys ja sen tasainen jakautuminen (Talousneuvosto 1972, 93). Viitekehysessä terveystaloudellisen tavoitteen toteuttaminen oli jaettu sairauksien ehkäisyksi ja hoidoksi, joita toteutettiin palvelujärjestelmän perushoidossa ja erikoishoidossa (ks. Puro 1976, 90–206). Viitekehys oli Lepon (2013, 88–90) mukaan suomalaisen terveystaloudellisen merkittävimpiä saavutuksia, ja hän nimesi 1970- ja 1980-luvut ”terveystaloudellisen kulta-ajaksi”. Kokonaisuutena sairauksien ennaltaehkäisyä painottavaa

49 YK (engl. United Nations) on perustettu vuonna 1945, ja sen erityisjärjestöiksi on hyväksytty mm. kansainvälinen työjärjestö ILO (International Labour Organization) ja vuonna 1947 WHO (World Health Organization). ILO on perustettu vuonna 1919 ja WHO vuonna 1946. Lisäksi YK:n erityisjärjestönä on mm. Kansainvälinen valuuttarahasto IMF (International Monetary Fund), ja kolme viidestä Maailmanpankin (World Bank Group) muodostavasta kansainvälisestä rahoituslaitoksesta ovat YK:n erityisjärjestöjä. (YK 2017.)

50 Kokkoa (2015, 27) tulkiten ko. käsite poikkesi kansanterveyslain kansanterveystyö-käsitteestä ja 2000-luvulla Suomessa perusterveydenhuolto-käsite yleistyi kuten muissa maissa. Terveystaloudella (L 1326/2010) määriteltiin, että kuntien järjestämä perusterveydenhuolto voitiin kutsua kansanterveystyöksi ja ajantasaisesti kansanterveyslaissa (L 66/1972) kansanterveystyötä perusterveydenhuolloksi.

viitekehystä pidettiin kansainvälisesti merkittävänä. Viitekehystä hyödynnettiin kansallisesti kansanterveyslain (L 66/1972) ja usein sen jälkeisten liikenneturvallisuuden, työturvallisuuden ja työsuojeluun, tupakointiin sekä ravitsemukseen liittyvissä terveyspolitiikoissa ja ratkaisuissa (mm. asetuksessa toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi VNa 225/1977; Pohjois-Karjala-projektissa Puska ym. 1983). (Leppo 2013, 89–90; ks. myös Melkas 2013; 182.)

Vuonna 1978 Suomi osoitti kansainvälisessä konferenssissa<sup>51</sup>, että terveydenhuollon painopisteiden muuttaminen sairaanhoidosta ennaltaehkäisevään toimintaan on mahdollista ja välttämätöntä. 1980-luvulla Suomesta tuli kansainvälisesti terveydenhuollon mallimaa ja WHO:n ohjelmien<sup>52</sup> pilottimaa. Kun kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” (STM 1986) toimeenpano ei onnistunut, STM pyysi WHO:n Euroopan aluetoimiston tekemään arvion Suomen Health for All -strategiasta (sisäisen arvioinnin 1988–1989 jälkeen). WHO:n vuoden 1990 arvioinnin jälkeen tuotettiin strategiasta uusi valtioneuvoston päätöksellä hyväksytty uudistusohjelma (STM 1993b; Leppo 2013, 88–90) Melkakseen (2013, 192) mukaan yhteistyö WHO:n kanssa on vaikuttanut ja tukenut STM:n tuottaman terveyspolitiikan linjauksia.

Monikanvarahoituksen kannalta merkittävät kansalliset terveyspoliittiset säädökset (kansanterveys-, sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolait) tuotettiin ns. pohjoismaisen hyvinvointivaltion kasvun aikana 1980-luvun alkuun mennessä. Käsitykseen hyvinvointivaltiosta kuului vahvasti se, että valtion sosiaaliturvaan liittyviä tehtäviä, terveyspalveluiden järjestämistä ja sen rahoituksen hoitamista pitää jakaa useille instituutioille (ks. Kari 2011, 9; Mattila 2011, 312–317).

Kansainvälisen työjärjestön ILO:n suositukset vaikuttivat työterveyshuollon kehittämiseen ja työterveyshuoltolain muotoutumiseen. ILO:n toiminnan ja yleissopimusten noudattamisessa oli yhteinen kansainvälinen tavoite kehittää työelämän sääntöjä, joilla voidaan ”vähentää kansakuntien välistä epätervettä kilpailua työoloilla ja työehdoilla” (TM 2005, 1).

Esimerkiksi työterveyshuollon maksuttomuus henkilöasiakkaille on perustunut osin Suomen vuonna 1986 ratifioiman ILO:n yleissopimuksen 161 Työterveyshuolto (Yleissopimus nro 161, 1985) periaatteeseen, ettei työterveyshuollosta saa aiheutua työntekijälle kustannuksia (Niemelä 2014, 265). Yleissopimuksen 12. artiklan mukaan ”työntekijöiden työterveyden seurannasta ei tule aiheutua työntekijöille ansiomenetystä, sen tulee olla maksutonta ja tapahtua, mikäli mahdollista, työaikana”

51 WHO:n ja UNICEFin (United Nations Children's Fund) järjestämä konferenssi Alma Atassa vuonna 1978.

52 Lepon mukaan (2013, 88–92) WHO:n perusterveydenhuollon kehittämislinjat olivat samanlaiset kuin terveyspoliittiset ajatukset Suomessa jo vuosikymmen aikaisemmin (ks. Talousneuvosto 1972; Puro 1976).

(TM 2005, 463). ILO:n yleissopimuksessa työterveydenhuollolla<sup>53</sup> tarkoitettiin terveyden seuranta ja edistämistä, mutta käsitteen määrittelyssä ei ole mainittu sairaanhoitoa. Työterveyshuollon kehittämislinjauksissa sairaanhoito tulkittiin kuuluvan osaksi työterveyshuoltoa (ks. STM 1989; STM 1993a; ks. myös Niemelä 2014, 285). Edelleen vuoden 2018 hallituksen esityksessä (HE 77/2018, 5) sairausvakuutuslain muuttamiseksi työterveyshuollon ennaltaehkäisevien toimintojen maksuttomuutta perusteltiin ILO:n yleissopimuksen 161 artiklan 12 mukaisesti.

Terveydenhuoltoon ja julkiseen hallintoon vaikuttaneista kehittämisideoista merkittävimpänä on pidetty 1980-luvulta alkaen New Public Management (NPM) -suuntausta<sup>54</sup>, joka Lepon (2013, 93) mukaan tuli Suomeen OECD:n kautta. Yritysmailman toimintamalleja jäljittelevässä NPM-suuntauksessa hallintoa oli kehitettävä tuottavammaksi ja tehokkaammaksi, sillä budjetteja ei voinut kasvattaa. Lehdon (2003, 35–36) mukaan NPM-suuntauksessa oli kysymys uudesta julkisen sektorin hallinnan markkinataloutta ihannoivasta paradigmasta. Lehtoa (2003, 35–36) tulkiten paradigma perustui osin vanhan julkisen hallinnan kielteisten piirteiden (byrokratian, professiovaltaan alistumisen ja poliittikkovallan häiritsevyyden) ja yksityisen sektorin täydellisten markkinoiden vertailuun, minkä päätelmänä yksityistämisellä ja kilpailuttamisella esitettiin saatavan potentiaalisia hyötyjä<sup>55</sup>. Suuntauksen vaikutuksia julkiseen terveydenhuoltoon on tutkittu markkinaehtoisissa palveluiden kilpailuttamisissa ja tilaaja-tuottajamalleissa (ks. Jylhäsaari 2009, 10). Julkishallinnon kehittymiseen vaikutti 1990-luvulta alkaen Suomen EU:n jäsenyys ja 2000-luvulta alkaen ylisektorinen, horisontaalinen ja verkostoitumisen hallintaa korostava ajattelutapa (Heinämäki 2012, 128).

Suomalaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän kehityksessä tapahtui merkittävä muutos, kun maavertailujen viiteryhmä laajeni pohjoismaisista hyvinvointivaltiosta (Forma ym. 2007; Kosonen 1998, 142–151) kansainvälisiin maavertailuihin (Kantola 2006, 173–178; ks. myös Niemelä 2008, 12). Muutokseen saattoi vaikuttaa taloustutkijoiden kritiikki, jossa hyvinvointivaltioon liitettiin julkisen sektorin ja verorasituksen kasvu sekä se, että hyvinvointiohjelmien arvioitiin johtavan alijäämiin ja velkaantumiseen. Kritiikissä hyvinvointivaltiota pidettiin esteenä talouskasvulle

53 ILO:n sopimuksen 161 1.artiklassa ”työterveyshuollolla” tarkoitetaan palveluja, joiden keskeisenä tehtävänä on ennaltaehkäisy ja työnantajan, työntekijöiden ja heidän edustajiensa neuvonta turvallisen ja terveellisen työympäristön luomisessa ja ylläpitämisessä. Siten työntekijöille voidaan taata mahdollisimman hyvä fyysinen ja psyykinen työterveys, sovittaa työ kykyjä vastaavaksi ja ottaa huomioon työntekijän fyysinen ja psyykinen terveydentila. (Ks. TM 2005, 463.)

54 New Public Management (NPM) on uuden julkisjohtamisen moniselitteinen uudistamisen ja johtamisperiaatteiden yhdistelmä, jolla tavoiteltiin 1980-luvulta alkaen hallinnon hajauttamista ja tulosjohtamista (Heinämäki 2012). Lähdesmäen (2003) mukaan NPM-suuntauksen on arvioitu vaikuttaneen valtionhallinnon kehitykseen 1990-luvulla.

55 Julkisen (2006, 88–90) mukaan tavoitteena oli ”kammata” hyvinvointivaltioita kohti yksityistämistä ja markkinaehtoisuutta.

(Hjerppe ym. 1999, 6)<sup>56</sup> ja erityisesti talouslama lisäsi kritisointia eri näkökulmista (Julkunen 2001, 78–79).

Terveyspolitiikassa maavertailujen viiteryhmän laajentumisen alku on liitetty 1980-luvun puoliväliin, kun Suomen terveystalouden tavoitteita ja toimintalinjoja koskeva Terveystalouden kaikille vuoteen 2000 -ohjelma (STM 1986) julkaistiin. Ohjelma perustui WHO:n vastaavaan ohjelmaan ja kiinteään yhteistyöhön. Muun muassa WHO:n Euroopan aluejohtaja vuosina 1967–1985 oli ollut suomalainen Leo Kaprio (Leppo 25.8.1999). Suomen terveystalouden tuloksista<sup>57</sup> raportoitui WHO:lle, ja vuonna 1989 sen Euroopan aluetalouden kanssa solmittiin sopimus terveystalouden ulkopuolisesta arvioinnista. WHO oli jo tehnyt useiden maiden politiikka-arvioita. Aluetalouden arviointiryhmän vuoden 1991 raportti sisälsi terveystalouden kehittämissuosituksen lisäksi suosituksen sairausvakuutuksella tuetun yksityisen terveydenhuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistoiminnan koordinoinnista ja yhteistyön lisäämisestä<sup>58</sup>. (STM 1993b, 13–14.)

Rimpelän (2004, 69) mukaan 1980-luvulla kansainväliset ideat ja aloitteet alkoivat vaikuttaa kansalliseen terveystalouteen ja mm. perusterveydenhuollon käsitteen yleistymiseen ”vahvasti terveyskeskustuksen yksilökeskeisyyttä ja eriytymistä kansanterveysintressistä”<sup>59</sup>. Vaikka Suomi oli tuolloin vielä laajentanut hyvinvointijärjestelmäänsä, kansainvälisinä tavoitteina oli julkisten toimintojen yksityistäminen, progressiivisen tuloverotuksen keventäminen ja sääntelyn vähentäminen (Kiander 2014, 32). Rahoitusmarkkinoiden vapautumisen ja 1990-luvun globalisaation lisäksi muutosten taustalla oli kansainvälinen käsitys markkinoiden tehokkuudesta (ks. Kiander 2014, 32). Maailmanpankki ja Kansainvälinen valuuttarahasto olivat suositelleet useille maille markkinasuuntautuneita uudistuksia, joiden tavoitteena oli voimavarojen kohdistaminen julkiselta sektorilta ja poliittisesta hallinnasta markkinoille (Julkunen 2001, 105–106). Suomessa käynnistettiin 1980-luvun lopulla useita uudistuksia, joiden tavoitteena oli julkisen sektorin tehokkuuden parantaminen mm. yksityistämisen ja markkinaistumisen<sup>60</sup> avulla. Lainsäädäntöä valmistelleilla ministeriöillä oli kiinteät kansainväliset verkostot, joten hallinnollisia ja mm. kilpailulainsäädännön muutoksia perusteltiin Pohjoismaiden lisäksi OECD-maiden esimerkeillä (Alasuutari 2006, 49, 52–57). Julkista (2017, 9) tulkiten EU-jäsenyyteen

56 Vrt. Suoniemen ym. (2011, 22) mukaan julkisen sektorin rakenne ja koko eivät ole yksiselitteisesti vaikuttaneet talouskasvuun. Julkiset kulutusmenot ovat pääosin hidastaneet kasvua, mutta tulonsiirroilla on ollut myönteistä vaikutusta.

57 Lepon (2010, 29) mukaan Terveystalouden kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpano kangersi, eikä kaikkia osapuolia saatu valmisteluun mukaan; aloitettiin ”sisäinen uudistaminen ja kutsuttiin ulkoinen arviointi WHO:n aluetaloudesta”.

58 STM perusti vuonna 1992 sairaanhoitovakuutuslaitoksen, jonka tehtävänä oli kyseisen asian selvittäminen.

59 Kansanterveyden parantaminen ja kansanterveysjärjestelmän kehittäminen ovat olleet pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisiä periaatteita (ks. Melkas 2013).

60 Julkisen (2006, 162–165) mukaan tässä julkisen hyvinvointivastuun siirrosta säästöjä perusteltiin mm. tarpeella lisätä kansalaisten omaa vastuuta. Julkunen (2006, 162–163) on listannut mekanismeja, joiden avulla julkista hyvinvointivastuuta sosiaali- ja terveyspalveluissa on rajoitettu.

valmistuessaan Suomi sitoi markan Euroopan yhteiseen valuuttayksikköön<sup>61</sup> liian korkealla vaihtokurssilla (1991), minkä seurauksena julkisia menoja oli supistettava ja taloutta tehostettava kilpailukyvyn säilyttämiseksi (vrt. Kiander 2017, 71–72).

1990-luvun laman jälkeen kunnille annettiin enemmän itsehallintoa ja vapauksia päättää palveluista. Valtion ohjasi puitelakien sisältöä informaatio-ohjauksella ja samalla työterveyshuolto kasvoi sairausvakuutuksen osana (mm. Mattila 2011, 201). Talouslama ja Suomen EU-jäsenyysneuvottelut toivat vertailukohteiksi ensin Länsi-Euroopan EU-maat ja 2000-luvulla kaikki EU- ja OECD-maat (Leppo 2013; 93–97; ks. myös Alasuutari 2006, 61; Melkas 2013, 183). Vuonna 1995 Suomesta tuli EU:n jäsen. EU:n tavoitteina olivat yhteinen sisämarkkina, valuutta, keskuspankki sekä Euroopan talous- ja rahaliitto EMU, jonka jäseneksi Suomi tuli vuonna 1999 (Kiander 2017, 72). Saarta (2017, 110–111) tulkiten talous- ja rahaliiton tavoitteena oli painottaa sosiaali- ja terveystaloudessa talouspoliittisia tavoitteita, kuten talouskasvua, työllisyyttä ja julkisen talouden kestävyyttä.

Terveydenhuoltomenojen kasvu aiheutti EU-maiden ja Yhdysvaltojen julkisen talouden kestävyydelle kasvavia paineita. Valtioille muodostui kiihtyvä tarve hillitä menojen kasvua ja tehdä maidenvälisiä suorituskykyvertailuja tehokkaimman terveydenhuoltojärjestelmän löytämiseksi. (Mossialos ja Le Grand 1999, 1–2; ks. myös Chernew ja May 2011, 308–311.) Vaikka suorituskykyvertailuilla voitiin saada monipuolista tietoa järjestelmistä ja harjoitetuista politiikoista, vertailuilla saattoi olla haitallisia vaikutuksia, jos käytetyt vertailumenetelmät eivät olleet luotettavia (valideja) eikä tulkinta aina puolueetonta (Smith ja Papanicolas 2012, iv). Kansainvälisiä suorituskykyvertailuja kehitettiin erityisesti OECD:n ja WHO:n tuottamina *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* -raportista (2000) lähtien.

Viimeistään 2000- ja 2010-lukujen kansainväliset tuottavuus- ja terveydenhuoltojärjestelmien vertailut nostivat esiin suomalaisen rahoitusjärjestelmän erot suhteessa muiden maiden järjestelmiin. Kansainväliset esimerkit ja suositukset saattoivat päätyä lopulta hallituksen esityksiin (HE 155/2006, 54–57) järjestelmän uudistuskohteina (ks. Niemelä 2008, 12, 43) tai kansallisissa selvityksissä havaitut epäkohdat olla esillä kansainvälisissä raporteissa ja suosituksissa.

Kun STM nosti ongelmaksi lääkäreiden kaksoisroolin yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palveluksessa (STM 1998), aihe oli myös OECD:n (1998) raportissa. Lääkäreiden kaksoisroolin arvioitiin myöhemmin olevan monikanavarahoitukseen liittyvä haitta (THL 2011, 33). Suomen lääkepolitiikan kansainvälisessä arvioinnissa (Mossialos ja Srivastava 2008, 117) esitetyt näkemykset olivat monikanavarahoituksen haasteita STM:n (2011a; ks. myös STM 2011b) raporteissa. OECD:n raporteissa

61 Euroopan talous- ja rahaliiton EMU:n yhteisenä valuuttana oli ecu ja vuodesta 1999 alkaen euro, josta tuli myös Suomen virallinen valuutta (ks. mm. Kiander 2014, 72; Oksanen 2017, 90).

(2005 ja 2012) toistettiin kansallisissa selvityksissä (THL 2011 ja 2012b) jo esitettyjä asioita. Raporttien ja selvitysten mukaan monikanavarahoitus mahdollisti rahoitusvastuun siirron osapuolilta toisille, kannusti osaoptimointiin, kasvatti kustannuksia ja lisäsi tehottomuutta. Lisäksi se aiheutti eriarvoisuutta ja työvoimapulaa julkisella sektorilla sekä yksityisten palveluiden ja kustannusten hallitsematonta kasvua (THL 2011 ja 2012b).

OECD:n (2012, 86) näkemys monikanavarahoituksen tehottomuutta ja epätasa-arvoa lisäävästä arviosta oli jatkoa OECD:n (2005, 65–66) kansainväliselle maavertailulle, jonka mukaan Suomi oli Euroopan epätasa-arvoisin maa lääkäripalvelujen käytössä tuloryhmittäin (van Doorslaer ym. 2004). Epätasa-arvon yhtenä syynä pidettiin monikanavarahoitusta, joka mahdollisti työterveyshuollon piiriin kuuluvien henkilöiden nopean pääsyn lääkärille, kun sen ulkopuolelle jäävät joutuivat jonottamaan palveluja terveyskeskuksista. Suomessa väestöryhmien välistä ja lääkäripalvelujen käyttöön liittyvää sosioekonomista eriarvoisuutta oli tutkittu runsaasti (Manderbacka ym. 2006, 42–55). Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ja suurten erikoislääkäripalvelujen ja lääkehoidon omavastuuosuuksien oli arvioitu vaikuttaneen merkittävästi väestöryhmien välisiin palvelujen käytön eroihin (Manderbacka ym. 2006, 52).

Saarta (2017, 115) tulkiten ennen vuotta 2008 alkaneella globaalilla finanssikriisillä oli vähäisiä vaikutuksia terveystalouteen, koska valtio elvytti rahoittamalla palveluita ja tulonsiirtoja velkaantumalla. Finanssikriisin jälkeisen taantumana ja sitä seuranneen eurokriisin jälkeen Suomessa oli tavoiteltu Euroopan komission suositusten mukaisesti kilpailukykyyn ja julkisen talouden tasapainoa usein rakenteellisten uudistusten (kilpailukykysovitukset, eläkeuudistus, sote-uudistus) avulla (Kiander 2017, 88–89; ks. myös Euroopan komissio 2018).

Koska monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liittyvänä haittana oli otettu esiin osaoptimointi, OECD (2013, 122) ehdotti, että Suomen olisi tarvetta uudistaa palvelujärjestelmäänsä, jotta korkealaatuisista julkisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista saataisiin aiempaa kustannustehokkaampia. Myös IMF (2012, 27) oli hieman aiemmin suositellut Suomelle silloisen kuntauudistuksen jatkamista, mikä kannustaisi parantamaan tuottavuutta ja supistamaan kestävyysvajetta. Vuoden 2016 marraskuussa kansainvälinen asiantuntijaryhmä (OECD 2017, 15–16) arvioi Suomessa meneillään olleen sote-uudistuksen tavoitteet hyviksi ja suositteli jatkamaan uudistusta<sup>62</sup>.

Suomen vuonna 1995 alkaneella EU-jäsenyydellä on mahdollisesti ollut myös välillisiä vaikutuksia monikanavarahoituksen ongelman tunnistamiseen. Vuonna 1994 oli

62 VTV:n (2017 a) mukaan EU:n, IMF:n ja OECD:n vuosien 2012–2016 suosituksissa on korostettu rakenteellisia uudistuksia julkisen talouden tasapainon parantamiseksi. Ne ovat olleet kansallisten viranomaisten ja ulkopuolisen arvioitsijan yhteistyötä, joissa on painotettu hallitusohjelman linjauksia. Kansalliset päätökset ovat olleet suositusten mukaisia, mutta poikkeuksina mm. kaikki sosiaaliturvaan suunnitellut muutokset eivät ole toteutuneet. Yleisesti suositusten toimeenpanto on vapaaehtoista, ja ainoastaan EU-suositusten toteutumista seurataan. (VTV 2017a.)

esitetty arvio, että Suomi voi EU:n jäsenenä itse päättää sosiaaliturvansa tasosta ja sen rahoituksesta (UaVM9/1994). Katteluksen ja Saaren (2006, 85) mukaan jäsenyysneuvotteluissa EU:n ja integraation vaikutusta terveyspolitiikkaan oli pidetty vähäisenä, mutta EU:n sisämarkkinoiden syventyminen ja EY-tuomioistuimen päätökset terveyspalveluiden vapaasta liikkuvuudesta vuodesta 1999 muuttivat tilanteen. Tässä ”eurooppalaistumisen” tasapainon muutoksessa jäsenvaltioiden toimivaltaan lukeutunutta terveyttä alettiin sovittaa yhteen EU:n sisämarkkinoiden palveluiden ja työvoiman vapaata liikkuvuutta korostavan näkökulman kanssa (Kattelus ja Saari 2006, 74, 85). EY-tuomioistuin oli vuosina 1995–2005 käsitellyt useita EU:n sisämarkkinoihin ja terveyteen liittyviä oikeustapauksia. Se oli todennut jo vuonna 2001, että vapaan liikkuvuuden periaatteet soveltuvat kaikkien palvelujärjestelmien arviointiin niiden rahoitustavasta riippumatta (Kattelus ja Saari 2006, 77–78).

Esimerkiksi sairaanhoitovakuutuksen korvausten oli arvioitu olleen ristiriidassa EU-direktiivin (2011/24/EU) kanssa (Tuovinen 2012, 83–86). Korvaukset olivat ristiriidassa rajat ylittävän terveydenhuollon korvaamisen kanssa. Suomessa asuvilla ja vakuutetuilla oli oikeus toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannusten korvaamiseen Suomessa annetun julkisen terveydenhuollon korvaustason mukaisesti. Vaikka kunnat vastasivat väestönsä terveydenhuollosta, ne eivät olleet vastuussa toisessa valtiossa ilman ennakkolupaa saadusta hoidosta. Jos potilas oli omatoimisesti hakenut palveluja toisesta jäsenvaltiosta, hän oli saanut korvaukset sairaanhoitovakuutuksesta, ja palveluista järjestämisvastuulliselle kunnalle oli syntynyt säästöjä. (Tuovinen 2012, 83–86.)

Suomi sääti EU-direktiivin (2011/24/EU) mukaisen lain rajat ylittävästä terveydenhuollosta (L 1201/2013), josta EU-komissio antoi huomautuksen (29.4.2016). Komission mukaan lain korvausmalli, jossa haetut terveydenhuollon kustannukset korvattiin sairausvakuutuksesta, oli direktiivin vastainen. Kustannukset tuli korvata sen mukaisesti, mitä potilas olisi maksanut vastaavasta julkisesta terveydenhuollosta. Suomen vastauksessa (28.6.2016) perusteltiin, että laki oli direktiivin mukainen ja koska EU:ssa terveydenhuoltojärjestelmiä ei ollut harmonisoitu, direktiivin tulokinnassa olisi otettava huomioon kansalliset erityispiirteet. (UM 2016, 22.) Koska sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa sairaanhoitokorvauksia oli esitetty lakautettaviksi, hallitus oli tehnyt esityksen (HE 68/2017) lain rajat ylittävän terveydenhuollon ja siihen liittyvien sairausvakuutuslain kohtien muuttamisesta. Esityksessä korvaukset vastaisivat hoidon järjestämisestä vastaavassa maakunnassa syntyneitä tai potilaan hoidosta maksamia kustannuksia.

#### 4.3 Yhteenveto kansainvälisistä luokitteluista ja vaikutteista monikanavarahoitukseen

Suomalaisen terveydenhuollon kansainvälinen vertailu nostaa esiin sen, että maan hybridijärjestelmässä on mukana enemmän eri intressiryhmien kehitystarpeita kuin ideaalimalleissa. Lehtoa (2013, 72) tulkiten beveridgeläisen verorahoitteisen järjes-

telmän ja bismarckilaisen sosiaalivakuutuksen kautta rahoitetun järjestelmän (mm. työterveyshuollon ja siihen liittyvän kuntoutuksen) hallinnan monikanavaisuuden seurauksena keskeiset osapuolet jakautuivat eri leireihin. Kun esimerkiksi kuntia ja valtiota on kiinnostanut terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen valtio-kuntasuhteen näkökulmasta, on työmarkkinajärjestöjä kiinnostanut työterveyshuolto mutta ei terveyskeskusten ja perusterveydenhuollon kehittäminen. (Ks. Lehto 2013, 72; myös Seuri 2013.)

OECD:n tekemät maavertailut ovat korostaneet Suomen järjestelmän erityispiirteitä. Yleisesti OECD:n merkitys kustannusten hillinnän ja taloudellisen arvioinnin näkökulmasta on kasvanut, sillä sen suurimmissa jäsenmaissa terveydenhuoltomenojen osuus bkt:sta on yli 10 prosenttia (vuonna 2008). Järjestöä perustettaessa (vuonna 1948) tämä osuus oli vain alle neljä prosenttia. OECD:n perusajatus on ollut tarjota jäsenmailleen tutkimuksia, analyyskejä, politiikkasuosituksia ja parhaita käytäntöjä, jotta ne voivat vertaisoppia toisiltaan. Suomen on arvioitu olevan yhteisön mallimaa ja opettaja (UM 2009, 5). OECD teki Suomesta ensimmäisen laajan arvioinnin vuonna 2005<sup>63</sup>, jolloin OECD virallisti terveysryhmänsä toiminnan. Vuonna 2007 perustetun terveystieteiden neuvoston tehtävänä ovat olleet hoitoon pääsyn ja jonotusaikojen, tasa-arvoiseen palveluiden käyttöön, tehokkuuteen, laatuun sekä rahoituksen kestävyteen liittyvät tutkimukset. OECD julkaisee säännöllisesti maita vertailevia tilastoja (*OECD Health Data* joka vuosi, *Health at a Glance* joka toinen vuosi), vertailututkimuksia ja politiikkasuosituksia. (UM 2009, 59–60). OECD:n lisäksi Suomelle säännöllisesti suosituksia antavat EU ja IMF (VTV 2017a, 15–16; ks. mm. EU 2018).

Kansainvälisten järjestöjen arviointeja ja suosituksia on käytetty vahvoina argumentteina suomalaisessa keskustelussa, vaikka ne eivät ole olleet kansallisen kokonaisuuden kannalta yhdenmukaisia. ILO:n yleisenä tavoitteena on ollut turvata työelämään liittyviä sääntöjä, mikä osin vaikuttanut työlaainsäädännön ja työterveyshuollon kehitykseen. WHO:lla on ollut voimakasta vaikutusta kansanterveysjärjestelmän kehitykseen ja terveyspolitiikkaan. Vaikka Suomen maavertailujen viiter ryhmä on laajentunut pohjoismaisista hyvinvointivaltioista OECD-maihin, työterveyshuollon erityispiirteitä ei ole arvioitu kuten muuta terveydenhuoltoa. Kansallisissa selvityksissä ja kansainvälisissä arvioinneissa on toistettu järjestämisen ja rahoittamisen ongelmia, mutta työterveyshuolto on jätetty osin niiden ulkopuolelle mahdollisesti siksi, ettei se kuulu julkiseen järjestämisvastuuseen. OECD:n (2005 ja 2012) kannanotot työterveyshuollosta ovat perustuneet lähinnä siihen liitettyyn eriarvoisuuteen.

Kuvion 8 OECD-tilastoon perustuen jokaisen valtion terveydenhuolto on rahoitettu monikanavaisesti. Kaikissa vertailumaissa on julkista rahoitusta veroina ja useim-

63 Lepon (2010, 42) mukaan OECD halusi tehdä maatulokinnat, koska OECD:n asiantuntijat eivät ymmärtäneet 1) miksi Suomi oli saavuttanut maavertailuissa erinomaiset hoitotulokset, vaikka sen kustannukset olivat niin pienet, ja 2) miksi tasa-arvostaan tunnettu Pohjoismaan terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä oli tutkimusten mukaan niin paljon eriarvoisuutta.



missa julkisina vakuutusmaksuina sekä asiakasmaksujen lisäksi muuta yksityistä rahoitusta. OECD-tilastojen perusteella ei tule esille sitä, että Suomessa julkisesti kunnallisesti rahoitetut palvelut, julkinen sairausvakuutus, yksityinen sairausvakuutus sekä työnantajien pääosin rahoittama työterveyshuolto toimivat rinnakkain, jolloin osa ihmisistä on vakuutettuna useammassa järjestelmässä (ks. Valtonen ym. 2014, 9–10). Toisaalta OECD-tilastoista ei ole saatavissa suoraan Suomessa monikanavarahoituksen tulkinnessa käytettyjä tietoja terveystalouden rahoittajien ja tilaajien määristä (THL 2011, 52), vaan vertailuja varten on perehdyttävä esimerkiksi EU:n ja WHO:n yksityiskohtaisiin tutkimuksiin (ks. Thomson ym. 2009).

Kansainväliset vertailut perustuvat tilastointiin, jossa on standardoinnista huolimatta epävarmuutta. Esimerkiksi suuria hallintokuluja on pidetty sairausvakuutusjärjestelmien haittoina (Klavus 2005, 320), mutta vuonna 2014 hallintomenot maittain olivat 1–6 prosenttia terveydenhuoltomenoista. Suomessa osuus oli vain 1,6 prosenttia (enimmillään Yhdysvalloissa 8,3 %) (OECD 2019.) Suomessa hallintomenoiksi tilastoitui vain valtion virastojen, laitosten ja julkisen sektorin yleishallintomenoja, mutta ei kuntien, kuntayhtymien ja yksityisten terveystalouden hallintomenoja. Kansallisessa tilastoinnissa ei eritellä kaikkia hallintomenoja, joista pääosa sisältyy muihin käyttökustannuksiin. OECD:n (2017, 135) mukaan Suomen terveydenhuollon menot olivat 9,3 prosenttia bkt:sta (209,1 mrd. €), mikä oli vähemmän kuin Tanskassa (10,4 %), Norjassa (10,5 %) ja Ruotsissa (11 %). Suomessa oli tuotettu pitkäaikaista laitoshoidoa suhteellisesti enemmän sosiaalipalveluna (40 %) kuin muissa maissa (Norjassa 0 %, Ruotsissa 16 % ja Tanskassa 8 %), joten pitkäaikaishoidon menoja tilastoitui muita vähemmän terveydenhuoltoon (OECD 2017, 215). Jos mukana olisivat pitkäaikaishoidon kaikki tiedot, Suomen terveydenhuollon menot olisivat vajaan prosenttiyksikön suurempia, hieman pienempiä kuin Tanskassa ja Norjassa.

Kansainvälisen terveydenhuoltojärjestelmien erityispiirteiden vertailut ja suorituskykyvertailujen tulokset ovat saattaneet johtaa eri maissa palvelujärjestelmien rakenteiden ja rahoituksen uudistuksiin. Eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien kehittymisestä ja järjestelmien erityispiirteistä on muun muassa WHO<sup>64</sup> tuottanut maakohtaisia raportteja (mm. Vuorenkoski 2008; Anell ym. 2012; Ringard ym. 2013; Kroneman ym. 2016) ja tutkimusraportteja järjestelmien vertailuista (mm. Magnusson ym. 2009).

Saarta (2017, 121–122) tulkiten EU:n vaikutukset sosiaali- ja terveystalouteen ovat olleet suurempia kuin ennakoitiin, mutta vaikutuksia ei voi erottaa muusta kehityksestä. Hallitukset ovat tukeneet kansallisia linjauksia ja vastustaneet toimi- ja aloite-

64 WHO:n European Observatory on Health Systems and Policies -seurantakeskus on julkaissut yli 60 eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien kuvauksia Health Systems in Transition (HiTs) -raporteissa vuosina 2000–2016. Lisäksi seurantakeskus tuottaa mm. eri aiheista tutkimusraportteja (Studies), terveystalouden kuvauksia (Policy briefs and summaries) ja Health Policy -lehteä.

vallan muuttamista. Julkisen talouden rahoitusvajeiden sopeuttamisessa on hyödynnetty EU:n vakauttamistoimia (Saari 2017, 121–122.)

Suomen terveydenhuollon monikanavainen rahoitus on ollut maan kansallisesti ja historiallisesti valitsema polku (ks. Mattila 2011), joka ei vaikuta kuitenkaan yleisesti järjestelmätasolla poikkeavan OECD-maiden monikanavaisista rahoitus- ja palvelujärjestelmistä (ks. OECD 2017). Monikanavarahoituksen suomalainen ongelma liittyy osin avoterveydenhuoltoon, joka vaikuttaa poikkeavan esimerkiksi Ruotsista, Norjasta ja Tanskasta siten, ettei muissa Pohjoismaissa ole ollut erillistä työterveyshuoltoa sekä rinnakkain toimivia kunnallista palvelujärjestelmää ja julkisesta sairausvakuutuksesta tuettuja yksityisiä palveluja (ks. Jonsson ym. 2016, 7–12).

## 5 Monikanavarahoituksen institutionaalinen kehityshistoria

Monikanavarahoitukseen liittyy kunnallisten terveyspalvelujen rahoitus, jonka erillisyyttä vahvistava pääperiaate esitettiin Mattilan (2011, 185) mukaan jo vuoden 1869 keisarillisessa julistuksessa. Silloin esitettiin periaate kunnallisen järjestämistä vastuun ja kunnan itsehallinnon keskeisyydestä kansallisten uudistusten toteutuksessa. Periaate on ollut edelleen tavoitteena, vaikka jo 1900-luvun alussa kehitettiin samalla sosiaalivakuutusta ja eläkejärjestelmää. Näiden järjestelmien samanaikainen kehittäminen on kaatunut toistuvasti puolueiden eriävien tavoitteiden seurauksena. Sairausvakuutuksen aloitus lykkääntyi vuosikymmeniksi, mutta vasta 1960-luvulla puolueet kykenivät tekemään kompromisseja ja alkoivat hyväksyä sosiaali- ja terveydenhuoltoa määrittelevää uutta lainsäädäntöä. (Mm. Niemelä 1994; Kangas 2006; Mattila 2011.)

Rajaan väitöskirjatutkimuksessani monikanavarahoituksen arvioinnin alkaneen 1960-luvulta, josta lähtien rahoitusjärjestelmään liittyvät rakenteet kehittyivät voimakkaasti lainsäädännön ja palvelujärjestelmän tehtäviä hoitaneiden instituutioiden avulla aina 1990-luvun lamaan saakka. (Ks. mm. Mattila 2011, 108–189.) Monikanavarahoituksen kehittymisen tarkasteluun soveltuu Niemelän ja Saarisen (2015, 23–26) esittämä hallinnollisten ja terveydenhuollon kehittämisen ideoiden voimakkuuden arviointi eri vuosikymmeninä. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Monikanavarahoituksen kannalta keskeisimmät lait, toimeenpanon instituutiot ja terveydenhuollon kehittämisvoimakkuus 1960–1990-luvuilla.

Lainsäädäntö	Toimeenpanon keskeisimmät instituutiot	Vuosikymmen: terveydenhuollon kehittämisvoimakkuus
Sairausvakuutuslaki (L 364/1963)	Kela	1960-luku: voimakas
Kansanterveyslaki (L 66/1972)	Kunnat	1970-luku: erittäin voimakas
Työterveyshuoltolaki (L 743/1978)	Työnantajat, Kela	1980-luku: voimakas
Kuntien valtionosuuslaki (L 733/1992)	Kunnat	1990-luku: heikko

Lähde: Niemelä ja Saarinen 2015, mukaillen.

Lainsäädännön käsitteleminen on oleellista perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa monikanavarahoituksen näkökulmasta. Nykyhetkeen mennessä lakeja on ajantasaisesti tai niitä on kumottu. Esimerkiksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki (L 1062/1989) on yhdistetty terveydenhuoltolaiksi (L 1326/2010), mikä on sisältölakina nostanut keskeisesti esiin potilaan valinnanvapauden julkisella sektorilla (ks. Kalliomaa-Puha 2015, 142). Koska laissa ei käsitelty palvelujen järjestämistä (Kokko 2015, 40), sillä ei ollut oleellista vaikutusta hallintoon ja rahoitukseen. Monikanavarahoituksen näkökulmasta on ollut oleellista, millaisia hallinnollisia ja poliittisia muutoksia on tapahtunut ajanjakson aikana sekä mitkä instituutiot ovat olleet lakien toimeenpanossa keskeisimpiä valtion keskushallinnon ohella.

1960–1980-luvuilla haluttiin voimakkaasti kasvattaa perusterveydenhuollon voimavaroja keskushallinnon ohjauksessa. Kehittämisideoiden toimeenpano oli erittäin voimakasta 1970-luvulla, ja 1980-luvulla mukaan tuli tarve lisätä työterveyshuollon voimavaroja. Kunnallisen paikallisen itsehallinnon kehittämisvaade nousi esiin 1980-luvulla, kunnes 1990-luvulla taloudellisen laman, supistuvan julkisen talouden ja valtionosuusjärjestelmän aiheuttamissa muutoksissa keskityttiin kuntien itsehallintoon ja kunta-valtiosuhteisiin. Terveysturvan kehittäminen jäi sivuseikaksi, kun vallitsevia ideoita olivat karsiminen ja sopeuttaminen. Terveysturvan kehittäminen vahvistui 2000-luvulla jälleen perusterveydenhuollon ja valinnanvapauden vahvistamistarpeina. Vallitsevaksi hallinnolliseksi ideaksi nousi keskushallinnon roolin lisääminen ja kuntakokojen kasvattaminen. (Niemelä ja Saarinen 2015, 23–26.)

Terveysturvan monikanavarahoitukseen vaikuttanut lainsäädäntö, toimeenpanon keskeiset instituutiot ja kehittämisideoiden voimakkuus voidaan yhdistää ajallisesti vuosikymmenittäin (taulukko 5). Terveysturvan kehityksen hitaiden muutosten on arvioitu liittyneen instituutioiden muutoksiin ja polkuriippuvuuteen, jossa edelliset ratkaisut ovat mahdollistaneet tulevia muutoksia (ks. Niemelä ja Saarinen, 2015, 24; myös Mattila 2011; Hiilamo ym. 2014, 206).

## 5.1 Monikanavarahoitus ja sairausvakuutuslaki

1960-luvulla valtiolla, kunnilla ja kuntainliitoilla sekä suurilla työnantajilla oli kattava ja kehittyvä sairaalaverkosto (ml. mieli- ja tuberkuloosisairaalat). Avohoidossa oli kunnallislääkäreitä, terveydenhoitajia ja kättilöitä, avopalveluita oli vähän ja ne olivat erilaisia eri puolilla maata. Vaikka toisen maailmansodan jälkeinen säännöstely oli loppunut, valtion tavoitteena oli vähentää menoja. Väestön sosiaali- ja terveysturvaa pidettiin heikkona. Pekka Kuusen teos *60-luvun sosiaalipolitiikka* (1963) muutti käsityksen sosiaali- ja terveysturvasta yhteiskunnan rasitteena. Kuusen mukaan laajojen väestöryhmien pääsy sosiaaliturvan piiriin oli investointi ja talouskasvun edellytys<sup>65</sup>. Kun Kuusi otti esille sosiaali- ja terveydenhuollon jälkeensä jääneisyyden, hän muutti aiemmin omaksuttua paradigmaa ja loi perustan hyvinvointivaltion<sup>66</sup> kehittämiselle. (Mattila 2011, 108, 135.) Tosin Kuusen kirjan on arvioitu lähinnä myötävaikuttaneen sosiaaliturvan laajentamiseen talouskasvua edistävänä ideana, sillä 1960-luvulla toteutettujen uudistusten, esimerkiksi sairausvakuutuksen, perusteita oli luotu jo 50 vuotta aikaisemmin (Niemelä 2014, 85, 116).

Suomi otti viimeisenä länsimaana käyttöön sairausvakuutusjärjestelmän, jossa sairausajan toimeentuloturva oli lakisääteistetty julkisella universaalilla kansanvakuutuksella. Kansanvakuutusta ei ollut sidottu aiempaan työhistoriaan. (Kangas 2006, 323; ks. myös Tuori ja Kotkas 2016, 112.) Vuonna 1963 hyväksytty sairausvakuutus-

65 Sosiaalimenot talouskasvun edellytyksenä on ns. keynesiläistä talouspolitiikkaa (vrt. Tuori ja Kotkas 2016, 90).

66 Hyvinvointivaltioiksi luetaan maat, joissa mm. sosiaalimenojen osuus julkisista menoista tai kansantuotteesta on tietyllä tasolla (ks. Tuori ja Kotkas 2016, 81).

laki (L 364/1963) astui voimaan vuoden 1964 syyskuussa. Sairasvakuutuslaki sisälsi sairaanhoito-, päiväraha- ja äitiysvakuutukset sekä sairauksien ennaltaehkäisyn ja kuntouttamisen (Niemelä 2014, 110). Sairausvakuutuslain kehittämisen mahdollisti tarve ja poliittinen konsensus kehittää heikkoa avohoitoa kehittyneen sairaalaverkoston rinnalla. Lain tavoitteena oli parantaa avopalvelujen saatavuutta ja vähentää sairaudesta koituvia kustannusrasituksia sekä lisätä valinnanvapautta (ks. Mattila 2011, 326).

Sairausvakuutuksen kehittymiseen vaikuttaneista poliittisista keskusteluista ja asiakirjoista sekä lainsäädännöstä on tuotettu tutkimuksia ja kuvauksia (Häggman 1997; Kangas 2006; Mattila 2011; Niemelä 2014). Sairausvakuutus oli suunniteltu rahoitettavaksi valtion, työnantajien ja vakuutettujen yhtä suurilla osuuksilla. Vuonna 1967 sairausvakuutusrahaston maksuvalmiutta arvioinut komitea ehdotti, että valtion olisi takuusuorituksilla katettava rahaston maksuvalmius, jos sen varat eivät riittä sairausvakuutuksen menoihin. Valtion rahoitus kaventui alle neljännekseen ja määriteltiin, että valtion rahoitus perustuisi kerättyihin maksuihin ja maksettuihin korvauksiin. Ehdotus lisättiin sairausvakuutuslakiin, mikä muutti sairausvakuutuksen alkuperäisen rahoituspohjan, ja vakuutusta rahoittivat pääosin vakuutetut ja työnantajat. Kun kerätyt sairausvakuutusmaksut eivät riittäneet myöhemmin kattamaan rahaston menoja, valtion takuusuorituksina maksama rahoitusosuus kasvoi liian suureksi. Menettely johti rahaston riippuvuuteen valtion budjetista ja mursi rahoittajien yhtä suuriin osuuksiin perustuvan vakuuttamisen periaatteen. (Ks. Mattila 2011, 127–128, 259–260.)

Sairausvakuutuksen kehittymiseen vaikutti myös se, miten sillä oli rahoitettu kunnallisia kuntalääkärin palveluita vuodesta 1972<sup>67</sup>. Tämä yhteistyö loppui vuonna 1983 voimaan tulleen ns. SOVE-uudistuksen seurauksena, kun sosiaali-, tapaturma- ja liikennevakuutusetuudet tulivat verollisiksi. SOVE-uudistus mahdollisti sairauspäivärahaudistuksen, jonka jälkeen sairausvakuutuksesta maksettavat sairaus- ja äitiyspäivärahat alkoivat kasvaa voimakkaasti. (Niemelä 2014, 133–153.) Vaikka uudistukset ajoittuivat maan talouskasvun aikaan, ne merkitsivät käytännössä sitä, että rahaston vastaavat säästöt oli saatava sairaanhoidon korvauksista. Eduskunta muutti sairausvakuutuslakia niin, että vuosien 1983–1988<sup>68</sup> aikana sairausvakuutuksesta maksettu kuntien kansanterveystyön rahoitus lopetettiin kokonaan. (Mattila 2011, 159–160.)

SOVE-uudistuksen jälkeen 1980-luvun lopulla kansanterveyslaki ja sairausvakuutuslaki ohjasivat avosairanhoidon käyttöä eri suuntiin ja yleinen kritiikki sairausvakuu-

67 Sairausvakuutuslakia (L 364/1963) oli muutettu vuonna 1972 niin, että lain (L 75/1972) sen 11 a §:n mukaan sairausvakuutuksesta voitiin korvata terveyskeskuksen kansanterveystyön edellyttämiä yleislääkäripalveluja ja tutkimuksia. SOVE-uudistuksen rahoittamiseksi hallitus oli esittänyt 11 a §:n kumoamista (Mattila 2011, 160–161).

68 Eduskunta päätti 1.1.1983 lopettaa kuntien lääkäripalvelujen korvaamisen. Korvaukset alentuivat vuosittain ja loppuivat kokonaan vuoteen 1988 mennessä.

tusta kohtaan kasvoi. Sairaanhoitovakuutus alkoi menettää merkitystään avosairaanhoidon rahoituksessa, sillä sairaanhoitovakuutuksen korvaustaksoja ei korotettu osin valtion talouden säästöjen takia, ja niiden etäisyys todellisista perityistä hinnoista kasvoi vuosi vuodelta. Esimerkiksi vuoden 1993 sairaanhoitovakuutustoimikunta esitti mahdollisuuksia sovittaa yhteen sairausvakuutuksella rahoitettu yksityinen hoito ja julkinen kunnallinen terveydenhuolto, mutta esityksistä toimeenpantiin lähinnä hampaiden hoidon korvaustaksojen korotus (Mattila 2011, 129–130, 252–255; Niemelä 2014, 155–167).

Valtion rooli rahoittajana kasvoi takuusuoritusten kautta suunniteltua suuremmaksi erityisesti 2000-luvulla, ja samalla työnantajat vaativat, että osapuolten on rahoitettava vain niitä etuuksia, joista ne hyötyvät. Työmarkkinajärjestöjen ja valtion kolmikantavalmistelun tuloksena sairausvakuutuslaki (L 1224/2004) uudistettiin ja vahvistettiin siihen tarvittavan rahoituksen riittävyttä ja vakuutusperiaatetta<sup>69</sup>. Sairausvakuutuslain uudistus (L 1224/2004) vakiinnutti työterveyshuollon aseman, sillä laissa määriteltiin, että työnantaja saa korvausta työterveyshuoltolain mukaisesti, jos palvelusta vastaavat työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat hyödyntävät työterveyshuollon voimavaroja. Lakiin kirjattiin korvattavien kustannusten enimmäismäärät. Laki vahvisti käsitteen ja tavoitteen noudattaa hyvää työterveyshuoltokäytännön periaatetta (HE 68/2005). (Mattila 2011, 280–282; Niemelä 2014, 218.)

Sairausvakuutuslain muutos johti varojen korvamerkintään, josta taas kunnallisessa järjestelmässä oli päätetty luopua jo 1980-luvun lopulla kuntien itsehallinnon lisäämiseksi<sup>70</sup>. Sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksessa (HE 68/2005) sairausvakuutus jaettiin sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Työnantajat vapautettiin sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta, mihin valtio osallistui siten aiempaa suuremmalla osuudella. Työtulovakuutuksen rahoitus jaettiin työnantajien ja palkansaajien kesken. Valtion osuudeksi tuli rahoittaa edelleen muun muassa vähimmäismäärisiä vanhempain- ja sairauspäivärahoja sekä pienellä osuudella maatalousyrittäjien työterveyshuoltoa. Uudistus vakiinnutti työterveyshuollon entistä voimakkaammin omaksi kokonaisuudekseen terveydenhuoltojärjestelmässä. Sairausvakuutuslakiin lisättiin säädöksiä, joissa määriteltiin työterveyshuollon palvelujen kehittämistä, järjestämistä, aiheutuvien kustannusten korvaamista, sairaanhoidon sisältöä ja palvelujen käytön maksuttomuutta käyttäjille. (Mattila 2011, 258–259, 280; ks. myös Niemelä 2014, 218–219.)

69 Vakuutusperiaatteella tarkoitetaan kerättävien maksujen yhdistämistä etuuksiin. Julkisen sairausvakuutuksen vakuutusperiaatetta ei ole pidetty ”puhtaana sosiaalivakuutuksena”, ja maksuja on pidetty veroluonteisina (ks. Mattila 2011, 259).

70 Vuonna 1989 hallituksen asettama selvitysmies teki ehdotuksen siirtymisestä kustannusperusteisista valtionosuuksista laskennallisiin valtionosuuksiin. Uudistettu valtionosuuslainsäädäntö (L 733/1992) tuli voimaan 1993. (Matikainen 2014, 213–214.)

Sairausvakuutuslain ja sen rahoituksen uudistukset eivät 2000-luvun alussa vähentäneet ristiriitaista suhtautumista sairausvakuutukseen<sup>71</sup> eikä puolueilla ollut kiinnostusta kehittää sitä (Mattila 2011, 263–264). Vuonna 2006 STM pyysi Kelalta ehdotuksia sairausvakuutuksen kehittämiseksi ja perusti sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän. Työryhmän (STM 2007) mukaan sairausvakuutuslain avulla toteutettiin perustuslain 19 §:n 3:n momentin vaatimusta riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Vaikka työryhmän ehdotuksissa tavoitteena oli saada sairausvakuutuksen varoja täydentämään julkista terveydenhuoltoa, tarjota vaihtoehtoja ja helpottaa hoitoon pääsyä, ehdotuksia ei otettu huomioon. Työryhmän mukaan hoitotakuu oli hieman vähentänyt sairausvakuutuksen merkitystä hoidon saatavuudessa (STM 2007, 74–101; Mattila 2011, 264–265; ks. Niemelä 2014, 219.)

## 5.2 Monikanavarahoitus ja kansanterveyslaki

Monikanavarahoituksen syntyyn vaikutti se, että 1960-luvulla perustettiin kansanterveyskomitea, jonka tehtävänä oli valmistella niukkojen avohoidon palvelujen kehittämistä. Komitea ei ottanut huomioon samaan aikaan tehtyä sairausvakuutuslain valmistelua ja hyväksymistä. Kansanterveyslain säätämistä vuonna 1965 esittänyt komitea oli lähtenyt siitä, että avohoito järjestetään kunnallisesti ja rahoitetaan veroilla. Kansanterveyslakia valmisteli sisäasiainministeriö, jonka toimialaan kuului kunnallishallinto kuntien itsehallinnon näkökulmasta. Sosiaaliministeriö oli valmistellut sairausvakuutuslain, eikä sen valmistelun peruseräperäisyyteen kuulunut kunnallinen itsehallinto. Eri ministeriöiden virkamiesten yhteistyö oli heikkoa, eikä tämä kaksikanavaisuus katkennut, vaikka vuonna 1968 terveydenhuolto ja kansanterveyslain valmistelu siirrettiin sosiaali- ja terveysministeriöön. (Mattila 2011, 139–141.)

Kansanterveyslain valmistelussa kansanterveyskomitea oli lähtenyt yksikanavarahoituksen<sup>72</sup> periaatteesta. Komitea ei ottanut huomioon sitä, että sairausvakuutuslain piiriin kuuluvia palveluja ja tulonsiirtoja rahoitettiin jo kansalaisilta perittävillä sairausvakuutusmaksuilla ja valtion budjettivaroista<sup>73</sup>, joten osin verorahoitteinen sairausvakuutusrahasto oli jo käytössä. Komiteassa ei ollut lainkaan sairausvakuutuslakia valmistelleita virkamiehiä eikä Kansaneläkelaitoksen edustajia, joten kansanterveyslain valmistelussakaan ei otettu huomioon kaikkia yhteiskunnallisia resursseja ja vaihtoehtoja. (Mattila 2011, 141, 261.)

71 Sairausvakuutusta oli pidetty kunnallisen järjestelmän kilpailijana. Yhteiskunnan rahoituksessa oli esitetty mm. sairausvakuutusmaksujen siirtämistä kunnallisten palveluiden rahoitukseen ja korvausten lopettamista. (Mattila 2011, 263–264.)

72 Sosiaalidemokraatit vaativat terveyspalvelujen maksuttomuutta. Ns. kansanterveysrintaman asiantuntijoiden ja poliitikkojen mukaan tasa-arvon saavuttamiseksi terveyspalveluiden pitää olla ilmaisia kansalaisille eikä terveydenhuolto saa olla yksityistä bisnestä. Kriitikki sairausvakuutusta kohtaan perustui sen osakorvauksiin ja mahdollisuuteen valita julkisten ja yksityisten palvelujen käytön välillä. (Ks. Mattila 2011, 138.)

73 Sairausvakuutuksen rahasto-osuuksia rahoittajittain ovat tutkineet Mattila (2011, 261) ja Niemelä (2014, 219). Tiedot vuosilta 1964–2017 ovat saatavissa Kelan Kuviot-sarjassa: [https://www.kela.fi/documents/10180/1630873/Sairausvakuutus\\_kuviot.pdf](https://www.kela.fi/documents/10180/1630873/Sairausvakuutus_kuviot.pdf).

Vaikka kansanterveyslain (L 66/1972) valmistelu alkoi 1960-luvun alussa ja vaikka siitä tehtiin ensimmäinen esitys vuonna 1965, se tuli voimaan vasta vuonna 1972 (Mattila 2011, 139). Tuolloin pidettiin koko kansan terveyskeskuksissa avohoitona annettuja kansanterveyspalveluita edullisena vaihtoehtona sairaaloissa tuotetulle kalliille sairaanhoidolle. Sairausvakuutus oli jo mahdollistanut yhteisten varojen käytön avohoidossa, mutta sitä ei pidetty riittävänä sairaimmille ja pienituloisimmille, lääkkeet olivat kalliita, eikä kunnanlääkäreitä ollut tasaisesti maan eri osissa. Erityisesti miesten terveys oli huono, ja joissakin ikäryhmissä miesten odotettavissa oleva elin-aika oli Euroopan lyhin. Kansanterveyslain päätavoitteena oli muuttaa sairaaloihin keskittynyttä järjestelmää painottamalla sairauksien ehkäisyä ja avohoitoa. (Mattila 2011, 149.)

Kansanterveyslaissa kunnat velvoitettiin perustamaan terveyskeskuksia, joihin koottiin kunnalliset palvelut. Sairausvakuutuslain vaikutuksesta lääkäreitä oli siirtynyt kaupunkiin yksityislääkäreiksi. Käytössä ollut riittämätön kunnanlääkärijärjestelmä purettiin, ja lääkäreistä tuli virkalääkäreitä. Valtio lisäsi kansanterveystyön rahoitusta ja halusi pitää lisärahoituksen erillisenä voimakkaasti kehittyneestä sairaaloiden erikoissairaanhoidosta<sup>74</sup>. Valtion rahoitusta lisättiin erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomeen. (Kokko 2015, 30, 32–34.) Rakenteiden ja rahoituksen kehittäminen perustui kansanterveyslain sääntelemään suunnittelu- ja ohjausjärjestelmään. Kymmenessä vuodessa terveyskeskusten henkilöstö kolminkertaistui (Tuori ja Kotkas 2016, 115). Kansanterveyslain keskeisiä tavoitteita olivat tasa-arvo ja oikeus saada terveyspalveluja sekä palvelujen maksuttomuus, jotka toteutuivat vuodesta 1980 alkaen, kun lainmukaisen järjestelmä oli valmis (Mattila 2011, 326). Kun kaikki valtionavut oli käytettävä järjestelmään ja valtakunnalliset suunnitelmat eivät olleet yksityiskohtaisia, lain toteutus jäi kuntien päätettäväksi ja kansalaisten palveluiden saatavuus vaihteli alueellisesti ja kunnittain epätasa-arvoisesti (Mattila 2011, 185). Kansanterveyslaki oli ns. puitelaki, jonka keskeistä normiohjaukseen perustuvaa sisältöä oli määriteltävä valtion ja kuntien kansanterveys suunnitelmissa (Mattila 2011, 111). Suunnitelmia olivat valtiolliset kansanterveyslaitosten ja sairaaloiden kehittämissuunnitelmat (VALSUt 1974–1996) ja ne sisälsivät Valtava-uudistuksesta<sup>75</sup> alkaen myös sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmat (Heinämäki 2012, 92).

Kansanterveyslakia vastaava sairaaloiden toimintaan vaikuttanut peruslaki oli erikoissairaanhoitolaki (L 1062/1989), joka toi esiin erikoissairaanhoidon erityisyyden suhteessa kansanterveyslain mukaiseen perusterveydenhuoltoon (ks. Tuori ja Kotkas 2016, 115). Koska kansanterveyslain mukaiset terveyskeskukset ja erikoissairaanhoitolain sairaanhoitopiirit toimivat erillisinä instituutioina, potilaiden hoitoketjujen ja instituutioiden yhteistyön sekä integraation parantamiseksi säädettiin eri lakeja ja

74 Erillisyystvoite johti siihen, että lähekkäin sijaitsevilla terveyskeskuksilla ja sairaaloilla oli omat laboratoriot ja röntgenit (ks. Kokko 2015, 30, 33–34).

75 Kun vuonna 1984 valtiosuusuudistuksessa sosiaalihuolto otettiin mukaan valtiosuusuksien määrittelyyn, sosiaali- ja terveydenhuolto oli kattavasti mukana valtakunnallisessa ja kunnallisessa suunnittelussa ja voimavarojen jaossa.



instituutioita yhdistävä terveydenhuoltolaki (L 1326/2010). Terveydenhuoltolaissa kuntien järjestämistä vastuuta määriteltiin yksityiskohtaisemmin kuin terveydenhuoltoa määritelleissä puitelaeissa (mm. kansanterveyslaissa) (Mattila 2011, 244–252).

### 5.3 Monikanavaraohitus ja työterveyshuoltolaki

Työterveyshuollon kehittymisen taustalla on 1900-luvulla teollisuusyritysten työpaikkaterveydenhuollon ammattitautien hoito ja tutkimus. Oleellista kehityksessä on ollut työnantajien ja työntekijöiden yhteistyö, joka alkoi työmarkkinaosapuolten tunnustaessa toisensa neuvottelukumppaneiksi ns. tammikuun kihlauksessa vuonna 1940. Merkittävä tapahtuma oli 1950-luvulla Työterveyslaitoksen perustaminen<sup>76</sup>, mihin osallistui ammattitauteihin perehtyneitä lääkäreitä, työmarkkinajärjestöjä, ministeriöitä ja laitoksia (ml. Kela), yrityksiä sekä kotimaisia ja kansainvälisiä rahoittajia. Jo tuolloin kansainvälisillä järjestöillä, ILO:lla ja WHO:lla, sekä 1960–1970-luvulta poliittisilla puolueilla ja työmarkkinajärjestöillä oli vaikutusta Työterveyslaitoksen ja koko työterveyshuollon kehitykseen (Noro 1979, 176–195, 201–205; myös Koskiahio 1987, 6–7).

1960-luvulta alkaen työterveyshuollon merkitys kasvoi valtion ja järjestöjen tukemana (Mattila 2011, 168–170). Lisäksi muulla terveydenhuollolla ei ollut Työterveyslaitosta vastaavaa tutkimuslaitosta (ks. mm. L 159/1978; Noro 1979).

Työmarkkinajärjestöt tulivat yhdessä terveydenhuollon kehittämiseen mukaan 1960-luvulla (Mattila 2011, 40.) Teollisuusyritysten työpaikkaterveydenhuoltoon oli kuulunut avo- ja sairaalapalveluita, mutta 1960-luvun alussa sairausvakuutusta tarjoaviin työpaikkakassoihin kuului vain viisi prosenttia väestöstä. Vuonna 1964 sairausvakuutuslain (L 364/1963) mukaisesti työterveyshuoltoa aloitettiin rahoittamaan julkisella rahoituksella. Lain tavoitteena oli tukea väestön avoterveydenhoidon ja työpaikkojen ehkäisevän toiminnan kehittymistä sairaanhoidon ja ensiavun lisäksi. Vasta sairausvakuutuslaki (L 364/1963) mahdollisti ensimmäistä kertaa koko väestön pääsyn avopalvelujen piiriin (ks. Mattila 2011, 83).

1970-luvulla yhteiskunnallisena haasteena oli se, että työikäisellä väestöllä oli runsaasti terveydellisiä ongelmia, eikä työikäisiä tavoitettu julkisten palveluiden piiriin. Vuonna 1971 työmarkkinajärjestöjen keskinäinen sopimus työterveyshuollosta vaikutti sen kehittämiseen myönteisesti. Samalla kansanterveyslaki (L 66/1972) mahdollisti työterveyshuollon palvelujen järjestämisen terveyskeskuksissa. Työterveyshuoltolain puitteet, työterveyshuollon rakenteet ja palvelujen ideaalimalli oli suunniteltu jo 1970-luvun alussa (Mattila 2011, 113, 171). Vaikka työterveyskomitea ehdotti työ-

<sup>76</sup> Työterveyslaitos perustettiin vuonna 1950 yksityisen Ammattilääketieteen säätiön (perustettu 1945) ja valtion sopimuksella, jolloin Helsingin yleisen sairaalan ammattitautien osasto siirtyi säätiölle. Työterveyslaitoksen rakennus otettiin käyttöön 1951. Laitos siirtyi valtiolle 1978, jolloin hyväksyttiin laki Työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta (L 159/1978), ja siitä tuli STM:n alainen julkisoikeudellinen laitos (Noro 1979, 62, 69, 208).

terveyshuollon lakisäateistämistä jo vuonna 1971, työterveyshuoltolaki (L 743/1978) tuli voimaan vasta vuonna 1978 (Koskiahho 1987, 6–7).

Lain tavoitteena oli kehittää työpaikoilla ja toimialoilla työterveyshuoltoa kasvavien tarpeiden mukaisesti. Laissa määriteltiin työnantajan velvollisuudeksi järjestää kustannuksellaan työterveyshuoltoa työstä johtuvien terveysvaarojen ehkäisemiseksi. (STM 2001, 9.) Lakisäateistäminen oli sidoksissa työturvallisuuslainsäädäntöön, sairausvakuutuslakiin ja kansanterveyslakiin, joilla jokaisella oli niitä tukeva institutionaalinen rakenteensa. Työterveyslainsäädäntö oli osa työturvallisuuslakia, jonka toteutumista valvoi Työsuojeluhallitus. Vapaaehtoinen työterveyshuolto sitoi työterveyshuollon sairausvakuutuslain kautta Kelaan ja kansanterveyslain kautta Lääkintöhallitukseen. Työterveyslainsäädäntö antoi STM:n alaiselle Työterveyslaitokselle toiminnallisen ja rakenteellisen perustan. (Koskiahho 1987, 113–133.)

Kun vuonna 1971 kansanterveyslakia valmisteltiin, työmarkkinajärjestöt allekirjoittivat työterveyshuoltoon liittyvien suositusten mukaisesti UKK-sopimuksen<sup>77</sup>. Sen mukaan työpaikkaterveydenhuoltoa on kehitettävä työpaikoilla, kun olosuhteista johtuvat terveysvaarat ovat ilmeisiä. Tulevan lain päätavoitteeksi määriteltiin työkyvyn ylläpito. UKK-sopimuksessa sairaanhoito oli työterveyshuollon yhtenä osana, mikä oli periaatteellinen kannanotto siihen, että ehkäisevän toiminnan lisäksi työterveyshuollossa tarvitaan lääketieteellisiä korjaavia toimenpiteitä eli sairaanhoitoa (ks. Niemelä 2014, 270). Työmarkkinajärjestöt halusivat työterveyshuollon lakisäateistämistä, mutta lakiesitykset kaatuivat puolueiden kiistelyyn, saiko palvelujen tuottajana olla julkisen lisäksi yksityinen, ja olisiko lain piirissä muitakin kuin palkansaajia. Työterveyshuoltolaki oli työmarkkinajärjestöjen yhteistyön tulos, jossa tuottajiksi oli otettava kaikki jo aiemmin palveluita tuottaneet tahot. Linjaus varmistui työterveyshuollon järjestelmän rakentamisen. (Mattila 2011, 169–178; ks. myös Niemelä 2014, 263.)

Työterveyshuolto oli 1970-luvulla kansanterveystyön terveyskeskusten kilpailija. Eduskunnassa vasemmistopuolueet olivat vaatineet, että työterveyshuoltoa saisivat tuottaa ainoastaan kunnalliset terveyskeskukset ja työnantajien pitäisi maksaa palvelut kokonaan. Vasemmisto oli vaatinut, että työterveyshuollon oli oltava kiinteä osa työturvallisuutta, jota valvoisi perustettu Työsuojeluhallitus. Työnantajat ja oikeisto vastustivat vasemmiston vaatimuksia. (Mattila 2011, 170; ks. myös Koskiahho 1978, 12–27.)

Vuosina 1964–1966 sairausvakuutuslakiin perustuen korvattiin työnantajien terveysasemilla järjestämän sairaanhoidon kustannuksia (palkka- ja käyttökustannuksia) sekä vuodesta 1967 alkaen lääkäreiden palkkoja ja palkkioita. Ennalta ehkäisevä toiminta tuli korvattavaksi vuodesta 1969 ja vuodesta 1970 määriteltiin siihen korvattaviksi kuuluvia palveluja (mm. terveystarkastukset, työturvallisuuden ja

<sup>77</sup> Kun kansanterveyslakia valmisteltiin vuonna 1971, työmarkkinajärjestöt allekirjoittivat Urho Kaleva Kekkonen presidenttikaudella työmarkkina- ja talouspoliittisen kokonaisratkaisun, ns. UKK-sopimuksen.

ergonomian seuranta sekä terveystkasvatus). Vuodesta 1976 työpaikkatarkastukset sisällytettiin ehkäisevän toiminnan korvattaviksi palveluiksi. (STM 1993a, 14.) Sairausvakuutuslakiin perustuen työnantajat olivat saaneet 20–60 prosenttia korvauksia vielä vakiintumattoman työterveyshuollon kustannuksista. (Koskiahho 1987, 7–8; ks. myös Mattila 2011, 169–171). Työterveyshuoltolain yhteydessä sairausvakuutuslakiin tehtiin useita korvattavaan toimintaan ja korvauksiin liittyviä muutoksia (STM 1993a, 16–26).

Vuonna 1975 STM:n lakiesitysluonnoksessa ehdotettiin työterveyshuoltoa kansanterveysjärjestelmän osaksi niin, että työnantajat, jotka kustantaisivat palvelut, voisivat ostaa niitä yksityisiltä tuottajilta. Kela olisi maksanut työnantajille korvauksia. Lääkintöhallituksesta työterveyshuolto oli osa kansanterveysjärjestelmää, joka oli terveyskeskusten vastuulla. Yksityiset eivät voineet olla tuottajia, koska tämä olisi johtanut palvelujen hallitsemattomaan käyttöön (Koskiahho 1987, 90–93; ks. myös Niemelä 2014, 273.) Kansanterveysjärjestelmään eniten vaikuttaneet virkamiehet ja poliitikot eli ns. kansanterveysrintama vastusti työterveyshuollon järjestämistä yksityisinä palveluina, mitä taas Työterveyslaitos ei vastustanut (Mattila 2011, 171–172).

Työterveyshuoltolaki (L 743/1978) toimeenpantiin vasta vuonna 1983. Se poikkesi kansanterveyslaista siten, että se kohdentui rajatusti vain työssä olevien ensisijaisesti sairauksien ennalta ehkäisemiseen ja työstä aiheutuvien terveyshaittojen torjumiseen (Mattila 2011, 283). STM:n työterveyshuollon neuvottelukunta tuotti asiapaperin *Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat* (STM 1989), jonka valtioneuvosto periaatepäätöksellään hyväksyi (ks. myös STM 2004). Lakia valmisteltaessa sekä varsinaista työterveyshuoltoa eli ehkäisevää toimintaa että sairaanhoitoa pidettiin yhdessä välttämättöminä keinoina tunnistaa työperäisiä terveyshaittoja. Koska työolojen tuntemisen arvioitiin auttavan ”sairauksien hoidossa, työkyvyn arvioinnissa ja kuntoutukseen ohjaamisessa”, tämä valtioneuvoston periaatepäätös vahvisti sairaanhoidon osaksi työterveyshuoltoa. (Mattila 2011, 179–180.)

Kalimo ym. (1989) ovat arvioineet, että työterveyshuollon laaja-alaista kehittämistä vauhditti 1980-luvun puolivälissä tehty valtakunnallinen tutkimus, jossa arvioitiin työterveyshuoltolain mukaisten toimenpiteiden toteutumista, lain tavoitteiden saavuttamista sekä työterveyshuollon kehittämistarpeita. Työterveyshuoltolain toteutumiseen vaikutti vuonna 1987 Suomen ratifioima eli hyväksymä ILO:n työterveyshuoltosopimus (n:o 161) ja sitä täydentävä suositus (n:o 171), joissa määriteltiin työterveyshuollon merkitystä työstä aiheutuvien terveyshaittojen ehkäisyssä ja korostettiin sairauksien ennaltaehkäisyä (TM 2005a ja b). ILO:n sopimusten ja suositusten ratifiointi ei edellyttänyt lainsäädäntömuutoksia, vaan Mattilaa (2011, 179) tulkiten ne loivat lähinnä perusteluja kehittämislinjauksille (ks. STM 1989 ja 1993a). Työterveyshuollon vakiintuminen perustui pääosin työmarkkinaosapuolten, työntekijä- ja työnantajajärjestöjen sekä valtion, neuvotteluihin ja sopimuksiin (Mattila 2011, 166–180; ks. myös Niemelä 2014, 263–301).

1990-luvun laman jälkeen julkisten palveluiden rahoituksen lisäksi karsittiin työterveyshuollon korvauksia, minkä seurauksena työnantajien rahoitusosuus kasvoi. Työmarkkinajärjestöjen roolit myös vahvistuivat. Koska työterveyshuolto kasvoi kunnallisten palveluiden ja sairausvakuutuksen välissä työmarkkinajärjestöjen hallitsemana ja oli ulkopuolisille tuntematon kokonaisuus, se herätti muissa ennakkoluuloja. Sen arvioitiin olevan terveyskeskusten kilpailija, jolla oli nyt omat taustaryhmät työmarkkinajärjestöistä erikoistuneisiin virkamiehiin ja asiantuntijoihin. Ennakkoluulojen ja kritiikin seurauksena työterveyshuollon uudistamisessa korostui tarve lisätä sen avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. (Mattila 2011, 275.)

Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmän uudistamista selvittänyt työryhmä (STM 1993a, 112–113) esitti lakisääteisen työterveyshuollon ja työnantajille vapaaehtoisen sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon ryhmittelyä kahteen erilliseen korvausluokkaan I ja II, joista maksettavat korvaukset määriteltäisiin sairausvakuutuslaissa. Työryhmä esitti valtakunnallista seuranta-, valvonta- ja ohjausjärjestelmää, jonka avulla järjestelmää seurattaisiin keskitetysti, mutta maksuttomuuteen<sup>78</sup> se ei esittänyt muutoksia. Koska palvelut rahoittaisivat kokonaisuudessaan työnantajat ja sairausvakuutusrahasto, käyttäjämaksuja ei tarvittaisi. Työryhmän mukaan ”työterveyshuolto on, siltä osin kuin se toteuttaa avosairaanhoitoa, alentamassa kuntien terveyshuoltokustannuksia”. (STM 1993a, 114–115.) Vuodesta 1995 korvausjärjestelmä uudistettiin työryhmän esityksen mukaisesti. Työterveyshuollossa oli tarve keskittää valtakunnallista ohjausta, seurantaa ja valvontaa, kun vastaavasti rinnakkaista kunnallista järjestelmää haluttiin hajauttaa. Työterveyshuollon kriteeriksi tuli ”hyvä työterveyshuoltokäytäntö” (VNp 950/1994), joka kirjattiin myöhemmin työterveyshuoltolakiin (L 1383/2001). (Mattila 2011, 284; Niemelä 2014, 287.)

Työterveyshuoltolain uudistamista vauhditti Valtiontalouden tarkastusviraston vuoden 1995 kertomus, jossa se arvioi rinnakkain toimivia työterveyshuoltoa, sairausvakuutusta ja julkista terveydenhuoltoa. Vaikka kunnat saivat terveydenhuoltoon asukaskohtaiset valtionosuudet, osa kuntalaisista sai lisäksi perusterveydenhuollon palvelut sairausvakuutuksen tukeman työterveyshuollon kautta. Tarkastusvirasto piti rinnakkaisten järjestelmien ylläpitoa ja kehittämistä tehottomana, koordinoimattomana sekä arvioi tämän aiheuttavan investointien päällekkäisyyttä (VTV 1995, 35–36; ks. myös Niemelä 2014, 288).

Tarkastusviraston kertomuksen (VTV 1995) mukaan työterveyshuollon palvelut olivat painottuneet liikaa sairaanhoitoon, kun sen päätehtävänä oli sairauksien ehkäisy. Työterveyshuoltolain uudistuksessa (L 1383/2001) sairaanhoito säilyi korvattavana, mutta sen oli oltava yleislääkäritasoista vastaavaa ja erikoislääkäripalvelujen oli

<sup>78</sup> Työterveyshuollon käyttäjän palveluiden maksuttomuus perustui ILO:n suositusten tulkintaan, mitä haluttiin edelleen noudattaa (STM 1993b, 7–8, 115; ks. myös Niemelä 2014, 265). Maksuttomuus oli työnantajalle maksettavien korvausten edellytys (L 1224/2004, 4 IV, 4 §). Työterveyshuollon palvelujen käytön maksuttomuus on liitetty terveyskeskusten yleislääkäripalveluiden ja työterveyshuollon palveluiden käytön epätasa-arvoisuuteen (ks. Manderbacka ym. 2006, 45).

perustuttava työkyvyn arvioinnissa työterveyslääkärin konsultaatioon. Vaikka lain valmistelussa tavoiteltiin rinnakkaisten järjestelmien yhteistyön parantamista, arvioitiin, ettei kansanterveysjärjestelmän palveluilla voitu vastata kaikkiin työelämän tarpeisiin, joten kokonaisuudessa oli oltava erityinen työelämään ja sen terveysriskeihin erikoistunut työterveyshuolto. (Ks. Mattila 2011, 278–279; Niemelä 2014, 289.) Kun lakiuudistusta käsiteltiin eduskunnassa, korostettiin työterveyshuollon esimerkiksi kansainvälisesti ”eturivin maan esimerkkinä muille” sekä sitä, että ilman työterveyshuoltoa yhteiskunnan ja työnantajien kustannukset olisivat suurempia kuin nykyisin. Vaikka kolmikantavalmistelua pidettiin onnistuneena, arvioitiin, ettei eduskunta pystynyt vaikuttamaan olennaisiin ratkaisuihin. (Ks. Niemelä 2014, 290.)

Työterveyshuollon kehittymiseen ovat vaikuttaneet monet valtakunnalliset terveyspoliittiset tavoitteet esimerkiksi Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -tavoiteohjelmat (STM 1986 ja 1993b), työympäristöohjelma ja työturvallisuuslainsäädännön uudistaminen (STM 2001) sekä valtioneuvoston periaatepäätökset työterveyshuollon kehittämiseksi Työterveys 2015 -kehittämislinjauksilla (STM 2004). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä ”Työterveys 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä” tavoitteena on työterveyshuollon vaiheittainen yhdistäminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään (STM 2017b, 17).

Työterveyshuollon on pelätty jäävän erilliseksi saarekkeeksi, koska sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ei ole muodostanut ehjää kokonaisuutta, ja työterveyshuollossa järjestämis- ja rahoitusvastuu on erilainen kuin muussa terveydenhuollossa (Hujanen ja Mikkola 2012, 154–155). Kun lain (L 733/1992) mukaan sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien järjestämisvastuulla, työnantajilla on työterveyshuollon järjestämisvastuu (L 1383/2001). Työterveyshuollon kasvavaa merkitystä kokonaisuudessa on vahvistanut sen kasvu muuta terveydenhuoltoa voimakkaammin vuodesta 2000 vuoteen 2008, josta lähtien kasvu hidastui (Hujanen ja Mikkola 2013, 1537–1538).

## 5.4 Monikanavarahoitus ja kuntien valtionosuuslaki

Suomessa oli ollut koko vuosisadan kestänyt periaate kuntien itsehallinnosta. Kuntien ja kuntainliittojen kiinnostus oli 1960-luvulle asti sairaaloiden kehittämisessä. Sen jälkeen väestön terveyden parantamisen painopiste kohdistui avopalveluiden kehittämiseen, jota tehtiin valtion keskushallinnon ohjauksessa 1990-luvulle saakka aluksi sairausvakuutuksen ja sitten erityisesti kansanterveyslain turvin (Mattila 2011, 132–135; ks. myös Heinämäki 2012, 128).

1990-luvun alun taloudellisen laman<sup>79</sup> seurauksena työttömyys kasvoi, kansantuote supistui ja sosiaalimenot nousivat enimmillään kolmannekseen (33,4 %) bruttokan-

<sup>79</sup> 1990-luvun alun lamalla on arvioitu olleen merkittävien talousvaikutusten (mm. Tanninen ja Tuomala 2013; ks. myös Kiander 2002, 47–48) lisäksi vaikutuksia hyvinvointivaltion kehitykseen (Hiilamo ym. 2010, 10, 20).

santuotteesta<sup>80</sup> vuonna 1993 (THL 2016a). Valtiolla ja kunnilla ei ollut enää samoja mahdollisuuksia rahoittaa sosiaaliturvaa, jota leikattiin useiden etuuslainsäädännön muutosten avulla (Tuori ja Kotkas 2011, 121–122). Vaikka jo 1980-luvulla valmisteltua sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden suunnittelu- ja valtionosuuslakia (L 733/1992) ei tarkoitettu lamaan liittyvien rahoitustarpeiden paikkaamiseen, lain seurauksena kuntien valtionosuudet pienenivät ja kunnat saivat mahdollisuuden leikata palvelujen rahoitusta. Kansanterveyslain myötä kunnallisten terveyspalvelujen järjestäminen oli keskittynyt kuntien vastuulle ja maahan oli syntynyt kattava terveyskeskusverkosto. Valtionosuusuudistuksessa valtionosuudet maksettiin suoraan kunnille, kun ne aiemmin maksettiin sairaala- ja terveyskeskusten kuntainliitoille (ks. Vohlonen ja Pekurinen 1991b, 273; myös Tuori ja Kotkas 2016, 122.) 1990-luvun laman ja valtionosuusuudistuksen jälkeen kuntien terveysmenoja kohdistui erityisesti sairaanhoitopalveluille ja useissa kunnissa kansanterveyslain mukaista terveyden edistämistä rahoitettiin vain lakisääteisinä palveluina (Melkas 2013, 185).

Aiemmin käytössä ollut menoperusteinen suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä oli ollut liian monimutkainen ja yksityiskohtainen, eikä se kannustanut kuntia taloudellisuuteen. Valtionosuusuudistus lisäsi kuntien toimintavapauksia ja vastuita, ja niille haluttiin ”antaa täydellinen vapaus päättää sosiaali- ja terveyspalveluista”. Kunnat saivat periä asiakasmaksuja palvelujen rahoittamiseksi ilman, että niitä määriteltiin säädöksissä. Mattilan mukaan paradigma asiakasmaksuista muuttui, sillä maksuista muodostui oma rahoituskanavansa (ks. Mattila 2011, 196, 200, 208, 218). 1980-luvulla kuntia oli ohjattu rahoituksen keinoin tehostamaan nuorten hammashoidon järjestämistä. Nuorten hammashoitoa järjestettiin rinnakkain kunnallisesti ja yksityisesti, mutta sairausvakuutuksesta yksityishammaslääkäreille maksetut korvaukset perittiin kunnilta takaisin. Menettely purettiin valtionosuuslain tultua voimaan, kun kunnat järjestivät itse palvelunsa ja hoitivat näin kansanterveyslain mukaiset velvoitteensa. (Mattila 2011, 182.) Valtionosuuslailla korostettiin kuntien paikallisen päätöksenteon lisäämisen lisäksi talouden ylläpidon merkitystä sekä maksullisuuden ja yksilönvastuun lisäämistä (Mattila 2011, 326).

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa kuntien itsehallinto lisääntyi (Heinämäki 2012, 7, 92), ja valtion aiempaa normi- ja resurssiohjausta korvautui informaatio-ohjauksella, jota on pidetty tehottomimpana ohjausmuotona. Kunnissa informaatio-ohjaus on saattanut merkitä tietotulvaa, jonka hyödyntäminen on ollut sattumanvaraista, sillä ohjauksen sitovuus ja vaikuttavuus ovat olleet epäselviä tai tavoitteet jopa ristiriitaisia kuntien säästö- ja tehokkuustavoitteiden kanssa (Hekkala 2013, 103–104; ks. Tukia ja Wilskman 2011, 3, 11–13)<sup>81</sup>. Informaatio-ohjauksen lisääntyminen on liitetty tiedon hallintaan ja monikanavarahoitukseen. On arvioitu,

80 Vuonna 1980 sosiaalimenojen osuus bkt:sta oli 18,8 %. Vuonna 1989 osuus oli 22,7 %, josta se nousi enimmillään 33,4 %:iin vuonna 1993. Osuus oli alimmillaan 24,1 % vuonna 2001, josta se on noussut 31,9 %:iin vuonna 2014. (THL 2016, liitetaulukko 7.)

81 Informaatio-ohjauksen tehostamiseksi tehtiin useita kehittämiskehdotuksia (Tukia ja Wilskman 2011, 14–17).

että informaatio-ohjaus heikensi valtion mahdollisuuksia ohjata hajanaista palvelujärjestelmää, joka oli rahoitettu monikanavaisesti ja kuntien kantokyvyn mukaan eri tavoin. Tämä johti väestöryhmien välisten ja alueellisten saatavuuserojen kasvuun. (Ks. Junnila ja Pekurinen 2016, 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmissa TATOissa (1993–2007) painotettiin yhteistyötä sekä myöhemmin resurssiohjauksella hankerahoitusta. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeissa (Kaste 2008–2011) painotettiin ohjelmaohjausta, jota tuki resurssien ja normien ohjaus (Heinämäki 2012, 102, 129). Jo 1990-luvun laman jälkeen julkisessa taloudessa kiinnostus kohdistui säästöihin ja tuottavuuden lisäämistavoitteisiin (ks. kansainväliset vaikutukset 4.2), mikä vahvisti valtiovarainministeriön merkitystä. Vuodesta 2010 eri ministeriöiden valtionosuuksien jakaminen keskitettiin valtiovarainministeriön vastuulle. (Mattila 2011, 192.) Saaren (2017, 110) mukaan jo Euroopan talous- ja rahaliiton jäsenyys edellytti julkisen talouden eri osa-alueiden kokoamista niin, että julkisen talouden vakaudesta vastaa valtiovarainministeriö.

Kuntien valtionosuuslaki vastasi 1990-luvulla perusterveydenhuollon kehittämisessä osaltaan kuntien itsehallintotavoitteita, ja laman seurauksena julkisesti järjestettyyn terveydenhuoltoon kohdistui supistusvaatimuksia. Vaatimukset eivät kuitenkaan kohdistuneet samalla tavalla työnantajien järjestämään työterveyshuoltoon. Sen rahoituksesta vastasivat työnantajat sekä työtulovakuutus, jota rahoittivat työnantajien lisäksi työntekijät ja yrittäjät. Mattilan (2011) mukaan jo 1990-luvulta alkaen työterveyshuollon voimakas kehittyminen herätti poliitikoissa ja terveydenhuollon asiantuntijoissa epävarmuutta. 2000-luvulla perusterveydenhuollon kehittämistarpeet alkoivat voimistua. Vasta 2000- ja 2010-luvuilla OECD ja THL nostivat monikanavarahoituksen voimakkaasti esille perusterveydenhuollon ongelmana, ja monikanavarahoitusta alettiin käsitellä useiden asiantuntijoiden ja työryhmien voimin.

Taulukossa 6 (s. 87) on kuvattu erityisesti, missä tilanteissa 1960–2010-luvuilla terveydenhuollon eri kokonaisuuksien yhteensovittaminen monikanavarahoituksen vähentämiseksi olisi ollut mahdollista ja mitkä asiat nousivat yhteensovittamisen esteiksi. Vaikka monikanavarahoitusta oli arvioitu valtioneuvoston ja STM:n toimeksiannosta muun muassa THL:n selvityksissä ja tutkimuksissa, mitään kokonaisvaltaista suunnitelmaa terveydenhuoltojärjestelmän, erityisesti kansanterveysterveysjärjestelmän ja työterveyshuollon yhteensovittamisesta ei oltu tehty. THL:n asiantuntijat (THL 2010, 23–27; THL 2011, 30–35) ovat listanneet koko terveydenhuollossa tehtyjä esityksiä monikanavarahoituksen selkeyttämiseksi 1990–2010-luvuilla.

**Taulukko 6.** Terveydenhuollon yhteensovittamisen mahdollisuuksia, joiden käyttämättä jättäminen edesauttoi avoterveydenhuollon monikanavarahoituksen muotoutumista.

<b>Terveydenhuollon yhteensovittamisen mahdollisuuksia (Lyhenneselitteet alapuolella)</b>	<b>Ajanjaksot</b>	<b>Monikanavarahoituksen muotoutumista edesauttaneet tahot</b>
Sairausvakuutuslain (SVL) ja kansanterveyslain (KTL) valmistelut	1955–1971	Valmisteluissa erilliset komiteat, eri ministeriöt ja eri virkamiehet (SVL:a valmisti sosiaaliministeriö; KTL:a valmisti sisäasiainministeriö vuoteen 1968 ja sen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö).
KTL:n ja työterveyshuoltolain (TTHL) valmistelut	1960–1978	Erilliset valmistelut, lakien erilaiset tavoitteet. KTL ei sisältänyt työterveyshuoltoa.
Sairausvakuutuksen rahoitus	1964–	Rahoittajia olivat vakuutetut, työnantajat ja valtio, ei kuntia.
Sairausvakuutuksen rahoitusta valtiolta takuusuorituksina	1967–2005	Rahoitusta pohtinut komitea ehdotti valtion osuutta takuusuorituksina, mikä romutti vakuutusperiaatetta ja lisäsi vakuutuksen riippuvuutta valtion budjetista vuosikymmeniksi.
TTHL:n valmistelu ja KTL	1971–1972	Työmarkkinajärjestöjen tekemässä UKK-sopimuksessa kunnallisia palveluita ei mainittu tuottajavaihtoehtona.
SOVE-uudistus ja SVL:n 11 a §	1981–1988	SOVE-uudistuksen seurauksena kunnille ei ollut enää varaa maksaa sairausvakuutuksesta korvauksia terveydenhuollosta.
TTHL ja sairaanhoito	1978–1989	Valtio hyväksyi periaatepäätöksellään 1989 sairaanhoidon osaksi työterveyshuoltoa.
Kuntien valtionosuuslaki (VOS) ja TTHL:n uudistaminen	1991–2001	VOS:n seurauksena kunnalliset palvelut hajautuivat alueellisesti, kun työterveyshuollossa oli keskittämistavoitteita.
Sairaanhoitovakuutus-toimikunnan (ns. Lehdon komitean) esitykset	1993	Ns. Lehdon komitean ehdotuksista sairausvakuutuksen korvaamien yksityisten ja julkisten palvelujen yhteensovittamisesta toteutettiin vain hammashoidon taksojen korotus.
VOS, SVL ja maksukatot	1991–1999	VOS:n yhteydessä kunnat saivat säädöksistä riippumatta periaasiakasmaksuja (joiden oletettiin koituvan osalle suuriksi), mutta erityisten asiakasmaksukattojen määrittelyssä kaikkia asiakasmaksuja ei otettu huomioon.
Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) rahoitusuudistus	2005–	Sairausvakuutus jaettiin työtulo- ja sairaanhoitovakuutuksiin. Työnantajat eivät enää rahoittaneet sairaanhoitovakuutusta.
Sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän ehdotukset <sup>a</sup>	2007	Työryhmä arvioi, että SVL:n avulla toteutui perustuslain säädösriittävästä palveluista. Ehdotuksia SVL:n kehittämiseksi julkisten palvelujen täydentäjänä ei otettu huomioon.

SVL = sairausvakuutuslaki (364/1963); KTL = kansanterveyslaki (66/1972); TTHL = työterveyshuoltolaki (668/1978); VOS = Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992); SOVE = vuoden 1982 sosiaalietuuksien uudistus, joka kolminkertaisti sairausvakuutuksen korvausmenot, erityisesti päivärahamenot kasvoivat (Niemelä 2014, 153).

<sup>a</sup>Esimerkki sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä arvioineiden työryhmien ehdotuksista, joista sairaanhoitovakuutuksen korvaamien palvelujen korvaustasojen säilyttämistä ei ole toteutettu valtion budjettivarojen niukkuuden takia.

Lähde: Kangas 2006; Mattila 2011; Niemelä 2014, mukaillen.



Potilaiden oikeuksien näkökulmasta tärkeimpiä lakeja ovat olleet laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) ja siihen liittyvät lait sen muuttamisesta (L 857/2004), säädökset hoitopaikan valinnasta terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010, 47–58 §) kunnan taloudesta riippumatta. Tärkeitä ovat olleet myös muut hoitopaikan ja hoidon valinnanvapautta määrittelevät säädökset. Kun 2000-luvulla hoitojonot kasvoivat ja tyytymättömyys palveluiden järjestämiseen lisääntyi, hoidon saatavuuden parantamiseksi tuli vuonna 2005 voimaan säädöksiä hoitotakuusta (L 857/2004, 4a §; VNa 1019/2004, 1–6 §)<sup>82</sup>.

Erityisesti 1980-luvulta alkaen oli kunnallisessa julkishallinnossa tehty kuntiin liittyvän lainsäädännön kehittämistä, kuntien vapaakuntakokeilu-uudistus (Valtava) ja palvelurakenneuudistus (PARAS) (Niemelä 2008, 21, 47–51). Valtion ja kuntien sekä päättäjien huomio kiinnittyi 1990-luvun lopusta alkaen julkiselle sektorille asetettuihin tavoitteisiin kuntarakenteiden uudistamisesta, kuntien välisestä yhteistyöstä ja kunta-valtiosuhteiden kehittamisestä. 2000-luvulla julkisen sektorin kehittäjien huomion veivät tavoitteet kasvattaa kuntakokoja palveluiden riittävien väestöpohjien takaamiseksi, parantaa palveluiden saatavuutta ja tuottavuutta sekä edistää talouskasvua, kilpailukykyä ja työllisyyttä. (Niemelä 2008, 47.)

## 5.5 Monikanavarahoitus 2000-luvun hallinnollisissa asiakirjoissa ja selvityksissä

Terveydenhuollon menojen kasvu oli 2000-luvulla kansallinen huolenaihe ja monikanavaisen rahoituksen oli esitetty olevan palvelujärjestelmän keskeinen ongelma (Häkkinen 2003, 35–36; Kuusi ym. 2006, 15, 75). Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen<sup>83</sup> käynnistämän kansallisen terveyshankkeen (2002–2007) yhtenä tavoitteena oli vahvistaa järjestelmän rahoitusta, arvioida rahoituksen ongelmia ja esittää niiden ratkaisemiseksi suunnitelmia (STM 2002b, 9). Hankkeen toteutumista arvioineen seurantaryhmän (STM 2007, 28) mukaan sen kustannushyötyjä ei voinut arvioida. Valmistelussa monikanavainen rahoitusjärjestelmä oli jätetty hankkeen ulkopuolelle, vaikka se oli ollut hanketta arvioineen työryhmän (Tuomola ym. 2008, 3, 12–13) mukaan yksi merkittävimmistä menojen hallinnan ja tasa-arvon toteutumisen haasteista. Työryhmä arvioi, että joko monikanavaisuuden ei arvioitu heikentävän niukkenevien voimavarojen kokonaisvaltaista ohjaamista palveluihin tai sitten monikanavaisuuden arvioitiin olleen ongelmana liian iso kansallisessa hankkeessa ratkaistavaksi (Tuomola ym. 2008, 93). THL:n asiantuntijaryhmän (THL 2010, 3) mukaan monikanavarahoituksen haasteet sivuutettiin sekä kansallisessa terveys-hankkeessa että kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa<sup>84</sup>.

82 Hoitoon pääsy eli hoitotakuu on määritelty vuonna 2010 voimaan tulleessa Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010, 47–58 §).

83 Peruspalveluministeri Osmo Soininvaara (2002) on käsitellyt kirjassaan ko. hanketta ja monikanavarahoitusta.

84 PARAS-hankkeen ja sen puitelain (L 169/2007) tavoitteena oli mm. vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä, tarkistaa kuntien ja valtion tehtäväjakoa palvelujen järjestämisen ja tuottamisen taloudellisen perustan vahvistamiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua.

Menojen hillitsemisen ja rahoituksen selkeyttämistarpeen seurauksena Pekurinen ym. (2007) tuottivat valtioneuvoston toimeksiannosta selvityksen rahoitusjärjestelmän kannustimista ja hoitotarpeiden kasvusta. Pekurisen (2007, 54) mukaan monikanavainen rahoitus oli ongelma, jos se vaikutti merkittävästi käyttäjien, järjestäjien, tuottajien ja rahoittajien päätöksentekoon. Vaatimukset monikanavarahoituksen vähentämisestä kiihtyivät 2010-luvulla, jolloin julkisessa taloudessa arvioitiin olevan 10 miljardin kestävyysvaje ja terveydenhuoltomenot olivat kasvaneet vuosittain (ks. mm. THL 2012a, 1). Julkisen talouden kehittämisen edellytyksenä oli tuottavuuden parantaminen, kuntien ja palveluihin liittyvien hallintorakenteiden purkaminen sekä kuntien varoja eniten kuluttavan sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleenorganisointi. (VM 2010, 13.)

Vuosien 2010–2011 terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevissa selvityksissä (THL 2010 ja 2011; VTV 2011; VNK 2011a; STM 2011b) oli nostettu esiin monikanavarahoituksen epäkohtia, joiden korjaamiseksi tehdyt toimenpiteet olivat olleet asiantuntijoiden mukaan vaatimattomia<sup>85</sup> (VNK 2011b; THL 2011 ja 2012b). Ilmiön ongelmallisuus oli liitetty tutkimuksissa erityisesti väestöryhmien välisen palvelujen käytön ja saatavuuden eriarvoisuuteen (ks. van Doorslayer ym. 2004; Manderbacka ym. 2006, 50). Muun muassa STM (2015a, 18–19) yhdisti selvityksissä laajasti monikanavarahoituksen koko järjestelmän saatavuus-, tehokkuus- ja tuottavuusongelmiin. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän arvioitiin olevan kansallisten terveyserojen kaventamisen esteenä, johtavan palveluiden eriytymiseen ja synnyttävä tehokkuusvajeita. Teperi (2008, 123) esitti perustettavaksi laaja-alaista komiteaa, jonka tehtävänä olisi tuottaa ehdotukset kyseisen rahoitusjärjestelmän tehokkuus- ja oikeudenmukaisuusongelmien poistamiseksi.

Monikanavarahoituksen erityispiirteitä on arvioitu kansallisesti muun muassa THL:n asiantuntijoiden (THL 2011, 24–26) raportissa, johon oli haastateltu julkisen sektorin ja valtion laitosten asiantuntijoita. Vastauksista oli koottu keskeisiä ja yhdenmukaisia näkemyksiä<sup>86</sup>. Useimmat olivat arvioineet järjestelmässä olleen enemmän haittoja kuin hyötyjä, mutta osan mielestä korjaamista vaativia haittoja ei ollut. Monien haastatteltujen mukaan aina ei ole ollut pääteltävissä, olivatko ongelmat seurausta ilmiöstä vai julkisen ja yksityisen sektorin rinnakkaisesta toiminnasta, jota on rahoitusjärjestelmästä ja -tavasta riippumatta (THL 2011, 36). Haastatteluissa ilmiön vaikutuksia oli käsitelty laajasti koko terveydenhuollossa<sup>87</sup>. Ilmiön taloudellisen merkityksen oli arvioitu vaihtelevan sairausvakuutuksen yksityisten lääkäripalveluiden korvauksista

85 THL:n asiantuntijoiden mukaan (THL 2012b, 18) mukaan rahoitusjärjestelmän ongelmia on ratkottu yksittäin ja hitaasti, mutta keskeisiin ongelmiin ei ole puututtu.

86 Selvityksen mukaan vastauksia ei painotettu niiden yleisyyden, puoltavien tai vastustavien vastausten määrän mukaan. Haastatteluissa käytettyä tutkimusmenetelmää ei esitetty.

87 Monikanavarahoituksen vaikutuksia terveyskeskusten avosairaanhoitoon, työterveyshuoltoon, yksityisiin tutkimuksiin ja hoitoihin, kuntoutukseen, erikoislääkäri- ja hammaslääkäripalveluihin, vanhustenhuoltoon, matkoihin ja reseptilääkkeisiin oli arvioitu.

lähes kaikkiin arvioituihin palveluihin (134 milj. € – 3,0 mrd. € eli 0,8–20 % kokonaismenoista vuonna 2008). Useimpien mukaan ongelmat liittyivät palvelujärjestelmän toiminnallisuuteen, kokonaisohjaukseen sekä väestöryhmien ja alueelliseen yhdenvertaisuuteen. Ohjausta oli pidetty pirstaloituneena ja koordinoimattomana. Haastatelluilla ei ollut yksimielisyyttä ilmiön vaikutuksista väestön yhdenvertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen liittyviin ongelmiin. (THL 2011, 24–26, 36–44.)

Asiantuntijat ja poliitikot olivat tehneet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi sekä havaittujen ongelmien korjaamiseksi runsaasti esityksiä:

- terveydenhuollon Unelma (Häkkinen ym. 1995a, 8–10)
- alueellinen rahoitusmalli (Suomen Lääkäriliitto 1999, 21–23)
- Kunnamon alueellisen järjestäjän malli (Kuusi ym. 2006, 147–149)
- terveydenhoitopiiri (Kuusi ym. 2006, 147, 150–151; ks. myös Pekurinen ym. 2003)
- ostopooli (Ryynänen ym. 2004, 59–62) tai laaja ostopooli (Kuusi ym. 2004, 59–62)
- kunta- ja palvelurakenne (PARAS) -uudistuksen alkuvaiheen yhteistoiminta-alue-ehdotukset (peruskuntamalli, piirimalli ja aluekuntamalli) (HE 155/2006, 94; ks. myös VNS 9/2009 ja Puustinen ja Niiranen 2011, 22<sup>88</sup>)
- yleinen terveystakuutus (Forss ja Klaukka 2003), kunnallinen terveystakuutus (Huuhtanen 2003), terveysturva (Rahastosta terveyttä jokaiselle? 2010, 24), jotka muodostivat myöhemmin kokonaisuutena ns. Kelan mallin (ks. Mikkola 2011)
- kansallinen tilaaja-rahoittaja eli Sitran katira-malli (Aronkytö ym. 2010)
- Risikon sosiaali- ja terveys(sote)aluemalli (STM 2009a; Salo 2009)
- Keskustan maakuntamalli tai kotikunta-maakuntamalli (Keskusta 2011 ja 2013)
- Vihreiden maakunta tai hyvinvointipiiri ostopoolina (Vihreät 2010a)
- riittävät terveyspalvelut kaikille 2.0 (Hiilamo ym. 2010)
- sosiaali- ja terveydenhuollon kuntamallien vaihtoehdot (STM 2011b, 63–73)
- alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja (THL 2011 ja 2012b).

Kuusi ym. (2006, 122–155) ovat arvioineet Kunnamon alueellista mallia, terveydenhoitopiiriä, Kelan mallia ja laajaa ostopoolimallia. Tutkimuksessa vertailtiin myös terveys- tai hyvinvointipiirimalleja sekä vahvan kunnallisen tai maakunnallisen tilaajan mallia. Pekurinen ja Häkkinen (2007, 23–26) ja Pekurinen (2007, 38–42) olivat arvioineet Unelma-mallia, alueellisen rahoittajan mallia ja yleistä terveystakuutusta. THL:n asiantuntijoiden (THL 2010, 72–79) vertailussa oli mukana Sitran ja Lääkäriliiton mallien lisäksi terveysturaksi nimetty Unelma-malli ja kansalliseksi terveysturaksi nimetty Kelan malli. Arvioinnissa ei ollut mukana PARAS-hankkeen vaihtoehtoja, koska ne painoutuivat kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen, eikä niissä arvioitu palvelujen rahoitusta kokonaisuutena ja monikanavarahoitusta (THL 2010, 77).

88 PARAS-hankkeen ARTTU-tutkimuksen kunnissa yhteistoiminta-alueet oli järjestetty pääasiassa ns. isäntäkuntamallin tai kuntayhtymämallin mukaisesti (Puustinen ja Niiranen 2011, 20–30).

Myllymäki (2011) oli vertaillut nykytilaa, Sitran malleja, Kelan malleja, piiri-aluemallia ja vahvistettua kuntamallia. Useat muut eri asiantuntijat<sup>89</sup> olivat arvioineet edellä mainittuja kyseisiä uudistusesityksiä, joiden kaikkien nimet eivät olleet vakiintuneita ja mallien erityispiirteet saattoivat muuttua tai mallit saattoivat olla keskenään osin hyvin samankaltaisia. Kiihtyviä järjestelmän muutostarpeita kuvasi se, että STM:n (2011b, 2) työryhmä, joka arvioi useita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen malleja, oli ehdottanut nykyisen järjestämisen tilalle vaihtoehtoisiksi kaksitasoisia (30–50 kuntaa) tai yksitasoisia kuntamallia (alle 20 kuntaa)<sup>90</sup>.

Valtioneuvoston toimeksiannosta professori Hannu Valtonen arvioi neljän rahoitusmallin toteuttamiskelpoisuutta (VNK 2011a, 15–16). Arvioidut rahoitusmallit olivat Kelan kansallinen terveystarve- ja palvelurahoitusmalli (mm. Forss ja Klaukka 2003), Sitran kansallinen tilaaja-rahoittajamalli (Aronkytö ym. 2010), THL:n asiantuntijoiden (THL 2011) alueellinen palvelujen järjestäjä- ja rahoittajamalli sekä STM:n työryhmän sosiaali- ja terveydenhuollon kuntamallien vaihtoehdot (STM 2011b). Valtosen mukaan THL:n (2011) ehdotus oli lähimpänä pääministeri Kataisen hallitusohjelmaa (VNK 2011a, 11; 2011b).<sup>91</sup> STM:n palvelurakennetyöryhmä (STM 2012a) oli valinnut arvioimistaan kolmesta kunta-aluemallista 25–35 kuntaan tai sote-alueeseen perustuvan mallin jatkovalmistelun pohjaksi. Loppuraportissa työryhmä (STM 2012b) esitti järjestämisalueiksi vähintään 50 000–100 000 asukkaan väestöpohjaan perustuvia alueita ja jatkoselvitystä.

Kataisen hallitusohjelman (VNK 2011b, 56) mukaan ”kunnallista terveystalouden kehittämistä ja sairausvakuutusjärjestelmää yhteensovitettaen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi”. Kataisen hallitus esitti rakennepoliittisessa ohjelmassaan (VNK 2013a, 6) ja sen toimeenpanossa (VNK 2013b) menetelmiä talouden kasvun edellytysten vahvistamiseksi. Olennaista oli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus, johon sisältyi monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtojen ja siihen liittyvien vaikutusten laaja-alainen selvittäminen. Sosiaali- ja terveysministeri Risikon virkakaudella (2011–2014) STM:n työryhmä (STM 2013c; ks. myös STM 2015a) arvioi sairaanhoitovakuutuksen roolia palvelujärjestelmän osana eli miten kunnallisia palveluja ja sairausvakuutusta voidaan sovittaa yhteen ja voidaanko sairausvakuutuksen avulla täydentää julkisia palveluja. Ar-

89 Monikanavaista rahoitusjärjestelmää ja rahoitusuudistusesityksiä olivat arvioineet esitelmissään mm. Pekka Rissanen, Juha Teperi, Jouko Isolauri ja Martti Kekomäki (TUTKAS 2009) sekä Olli-Pekka Ryynänen (2009). Jussi Huttusen (2011) esittämässä vertailussa oli yhdistetty Risikon, THL:n ja STM:n mallien erityispiirteitä ns. sote-aluemalliksi.

90 STM:n työryhmän (2011b) puheenjohtaja kansliapäällikkö Kari Välimäki oli ehdottanut myöhemmin sote-uudistuksen palvelurakennetyöryhmässä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä noin 20 alueelle (STM 2012b, liite 3: ks. Välimäki 2013, 65) eli noin 20 vahvan vastuukunnan mallia.

91 Osan uudistusesityksistä olivat tehneet monikanavarahoitukseen osallistuvien instituutioiden asiantuntijat, joiden voi tulkita olleen jääneitä omien (instituutioidensa) asioiden esiin nostajina. Saarista tulkiten (2013b, 215) rahoituksen uudistamista on saattanut kuitenkin hidastaa se, että puolueiden kannanotot ovat olleet julkisuudessa vähäisiä, jolloin uudistamistarpeita ovat esittäneet lähinnä asiantuntijat ja toisaalta eri intressiryhmillä on tilaa esittää mm. yksityisten palvelujen kehittämisestä retorisia, omat intressit peittäviä esityksiä. Hyytiä ja Toivasta (2010, 435) tulkiten esimerkiksi toteutuneesta politiikasta tehtävä arviointitutkimus olisi delegoitava ulkopuolisille.

Hallituksen esitys (HE 324/2014) sote-järjestämislaista raukesi perustuslaillisiin ongelmiin, sillä esityksessä kansanvaltaisuus ja kuntien rahoitusvastuu eivät toteutuneet (PeVL 75/2014). Perustuslakivaliokunta ehdotti palveluiden siirtämistä kunnilta valtiolle. Samalla se ehdotti demokraattisten maakuntavaltuustojen perustamista päättämään sote-asioista ja verotusoikeuden antamisesta maakunnille, mutta asia

siirtyi seuraavalle eduskunnalle. STM:n asettama työryhmä ja valmisteluryhmä tuottivat selvityksen monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoista. Työryhmässä oli asiantuntijoiden lisäksi laajasti kaikkien eduskuntapuolueiden edustus (ks. STM 2015a, 2). Työryhmä oli arvioinut viittä erilaista valmisteltua rahoitusmallia sekä Kelan, Sitran ja THL:n malleja ja päätynyt siihen, ettei mallien yksityiskohtainen arviointi ollut vielä tarkoituksenmukaista ja esitti jatkovalmistelua (STM 2015a, 41–61).

Eduskuntavaalien jälkeen pääministeri Sipilän hallitusohjelman (VNK 2015a) mukaan rakenteellisilla muutoksilla tavoiteltiin julkisen talouden kestävyysvähvistämistä ja noin neljän miljardin euron vaikutusta. Tästä vaikutus olisi soteen ja siihen liittyviin tuottavuustoimiin kolme miljardia euroa<sup>92</sup>. Sote-uudistusta valmisteltaisiin enintään 19 itsehallintoalueen järjestämisvelvollisuuteen perustuen. Tavoitteena oli integroida julkiset sosiaali- ja terveystaloudet ensin, siirtyä sitten yksikanavaisen rahoituksen ja lopuksi monipuolistaa valinnanvapautta ja tuotantoa. Sote-järjestämislain valmistelussa selvitetäisiin ensin perustuslain reunaehdot huomioiden kuntien tai valtion rahoitusmallit ja ”toisessa vaiheessa siirryttäisiin yksikanavaisen rahoitusmalliin huomioiden työterveyshuollon asema”. (VNK 2015a, 28–29.)

Hallitus joutui kiistaan itsehallintoalueiden määrästä. Kokoomus oli vaatinut 12:tä aluetta, mikä oli esityksenä virkamiesselvityksen (STM 2015b, 8: 9–12 aluetta) mukainen. Neuvotteluissa kokoomus esitti 5:tä aluetta (ks. myös STM 2015c). Pääministeri Sipilä uhkasi hajottaa hallituksen, jos keskustan 18 alueen esitystä ei hyväksytä (Yle 5.11.2015). Hallituspuolueet päätyivät kompromissiin, jonka mukaisesti itsehallintoalueita on 18, joista sote-palvelut järjestetään 15 alueella. Hallitus päätti, että samanaikaisesti kun 1.1.2019 alkaen sote-palvelujen järjestäminen siirtyisi kunnilta tai kuntayhtymiltä maakuntajaon pohjalta perustettaville itsehallintoalueille, voimaan tulisi asiakkaiden valinnanvapautta ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista koskeva lainsäädäntö (VNK 2015b ja c). Siten hallitus luopui Sipilän hallitusohjelman vaiheistetuista tavoitteista: ensin sote-palvelujen integraatio, sitten toimenpiteet kohti yksikanavarahoitusta sekä lopuksi valinnanvapauden toteuttaminen ja tuotannon monipuolistaminen (vrt. VNK 2015a, 28–31).

THL:n asiantuntijaryhmä (THL 2016c) tuotti ennakoarvioinnin 30.6.2016 järjestämisalakiluonnoksesta, jossa ehdotettiin ympärivuorokautisen laajan päivystyksen järjestämistä 12 maakunnassa. Uudistuksen valmistelussa päädyttiin monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamiseen ja valinnanvapautta laajentavan lainsäädännön voimaan tuloon 1.1.2019, josta alkaen 18 maakuntaa järjestäisi sote-palvelut (STM ja VM 2015, 26). STM:n selvityshenkilöryhmä (Brommels ym. 2016, 12–26) teki ehdotuksen uudistusten piirissä olevien palvelujen rahoituksesta. Sairaanhoidova-

92 Valtiontalouden kestävyysvajelaskelmaan perustuen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa säästö tavoite olisi kolme miljardia euroa. Säästön arvioitiin olevan saavutettavissa vuoteen 2029 mennessä, kun järjestelmän tuottavuutta parantavien toimenpiteiden avulla julkisesti rahoitettujen menojen reaalin vuosikasvu putoaisi vuosittain 0,9 prosenttia vuosina 2019–2029. Laskelman ennusteen mukainen kasvu-ura oli 2,4 prosenttia vuodessa, kun vuosina 2008–2013 kasvu oli 2,2 prosenttia vuodessa (STM ja VM 2016).

kuutuksella kerättyjä varoja vastaava osuus liitettäisiin julkisrahoitteiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sairausvakuutusrahastosta ei maksettaisi korvauksia yksityisen terveyshuollon käytöstä, sairaanhoitovakuutus säilytettäisiin julkisrahoitteisen terveydenhuollon rinnalla tai rinnakkaisia järjestelmiä pidettäisiin yllä ylimenokauden. Selvityshenkilöryhmä esitti sanallisia arvioita valtion ja maakuntien tehtävistä ja uudistusten taloudellisista vaikutuksista. Ryhmä ehdotti työterveyshuollon säilyttämistä ennallaan, kunnes julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto pystyisi tarjoamaan toivotun palvelutason, jolloin sairaanhoitopalvelut liitettäisiin julkisrahoitteiseen terveydenhuoltoon ja laajan valinnanvapauden piiriin. Ryhmä ehdotti YTHS:n rahoituksen lopettamista sairaanhoitovakuutuksesta ja sen rahoitusvastuun siirtoa maakunnille yliopistokaupunkien nykyistä rahoitusta suuremmalla osuudella. (Brommels ym. 2016, 12–26.)

Brommelsin ym. (2016) työryhmä teki esityksiä rahoituksen uudistamiseksi, ja Sipilän hallitus teki jatkovalmistelun pohjaksi linjauksia<sup>93</sup>. Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseen vaikuttavat paitsi eduskunnan päätökset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämisen uudistamisesta myös päätökset valinnanvapauslain säädännöstä (STM ja VM 2016). Eduskunta käsitteli uudistamiseen liittyvää lainsäädäntökokonaisuutta (HE 15/2017; HE 16/2018) kevätkaudella 2018 (tilanne 17.3.2018), johon liittyisivät valmistella olevat esitykset monikanavarahoituksen yksinkertaistamisesta ja asiakasmaksujen uudistuksesta (HE 16/2018, 138).

Hallituksen maakuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistuksen esitysluonnoksista tehdyn lausuntokierroksen yhteenvedon (STM 2016b, 47) mukaan rahoitusmallin uudelleenarviointia toivottiin sitten, kun valinnanvapausmalli ja monikanavaisen rahoituksen purkaminen ovat selvillä. Sairausvakuutuskorvauksen siirtymisestä maakuntien rahoitukseen arvioitiin, etteivät korvaukset välttämättä kohdistu esitetyillä kriteereillä oikein. Vastauksissa oli varauksellisuutta maakuntien rahoituslakiluonnoksen arvioimisesta ilman tietoa asiakasmaksujen uudistamisesta, monikanavarahoituksen yksinkertaistamisesta ja valinnanvapausmallista, joiden arvioitiin vaikuttavan maakuntien palvelujen järjestämiseen ja rahoittamiseen. Hallitus oli antanut esitysluonnoksen sote- ja maakuntauudistuksesta 29.6.2016 (lausuntokierros 31.8.–9.11.2016), maakuntauudistuksen täytäntöönpanosta sekä valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien uudelleenorganisoinnista (HE 14/2018) 24.4.2017 (lausuntokierros 24.4.–19.6.2017). Hallitus oli antanut myös esitysluonnokset asiakkaan valinnanvapauslaista (HE 16/2018) 31.1.2017 (lausuntokierros 31.1.–28.3.2017) ja 3.11.2017 (lausuntokierros 3.11.–15.12.2017). Hallituksen oli tarkoitus tuottaa monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista koskeva lakiesitysluonnos keväällä

93 Valtionverotuksessa kerättäisiin sairaanhoitovakuutuksen korvauksia vastaava osuus, joka lisättäisiin maakunnille maksettavaan rahoitukseen monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi. Siten sairaanhoitovakuutuksesta ei enää korvattaisi yksityisen terveydenhuollon käyttämisestä aiheutuneita kustannuksista (HE 47/2017 ja sen korvaava HE 16/2018). Perustettavilla 18 maakunnalla olisi kunnallisten palveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuu (HE 15/2017; HE 57/2017). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksen (STM 2017a, 41, 61) mukaisesti sairausvakuutuksesta korvattujen lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuu siirrettäisiin myös maakunnille.

2018, mutta yksinkertaistamiseen liittyvien lakipakettien valmistelua jatkettiin syksyn aikana (STM 2018d) ja STM:n mukaan kyseinen lainsäädäntövalmistelu myös eteni (STM 2018e). Sote-uudistuksen valmistelu kokonaisuudessaan keskeytyi Sipilän hallituksen eroamiseen 8.3.2019, koska maakunta- ja sote-uudistuksen jatkovalmistelulle ei ollut edellytyksiä (STM ja VM 8.3.2019).

Sairausvakuutuslakia, kansanterveyslakia, työterveyshuoltolakia ja kuntien valtionosuuslakia voidaan pitää tärkeimpinä lakeina terveydenhuollon monikanavarahoituksen muotoutumisen kannalta. Lisäksi kunnallisen terveydenhuollon säätelyperustan määrittelyn tärkeimpänä lakina voidaan pitää kuntalakia (L 410/2015), joka Heinämäen (2012, 17) mukaan antoi kunnille vuoden 1993 valtionosuuslakia (L 733/1992) laajemmat mahdollisuudet hoitaa lakisääteisiä tehtäviään. Jo aiemmissa kuntalaeissa (L 365/1995) oli määritelty kunnan hallinnon, talouden ja päätöksenteon menettelytavat, sekä nyt laissa (L 410/2015) eroteltiin poliittinen johtaminen ja hallinto toisistaan selkeämmin kuin tätä edeltäneessä kumotussa kunnallislaissa (L 953/1976). Monikanavarahoituksen kannalta on oleellista se, että kuntalain (L 410/2015) 1 §:ssä painotetaan kunnallista itsehallintoa, kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia sekä lain tarkoitusta edistää kunnan toiminnan suunnitelmallisuutta ja palvelujen järjestämistä taloudellisesti kestävästi. Kuntalaissa (L 410/2015) on määrittelyt kunnan tehtävistä ja järjestämisvastuusta (7–9 §), kunta-valtiosuhteesta (10–13 §), kunnan taloudesta (113–120 §) sekä hallinnon ja talouden tarkastuksesta (121–125 §), jotka ovat luoneet kunnallisesti järjestetyn terveydenhuollon puitteet.



## 6 Monikanavarahoitus puolueiden asiakirjoissa

Seuraavaksi analysoin, miten monikanavarahoitusta on käsitelty poliittisten puolueiden asiakirjoissa. Puolueiden asiakirjoissa esiin nostetut teemat ovat yhteisesti hyväksyttyjä tavoitteita poliittisen päätöksentekoprosessin aloitteina tai muotoiluina (ks. Lammintakanen ja Rissanen 2017, 49). Tirrosta (2011, 34) tulkiten puolueet määrittelevät kannanotoissaan, otetaanko monikanavarahoitus poliittiselle agendalle vai ei. Taustalla on Kingdonin (2014, 16–18) mallin mukainen arviointi siitä, miten ongelma nousee päätöksenprosessiin ja mitä esitetään ratkaisuksi. THL:n asiantuntijoiden (THL 2011, 23) mukaan kauan tiedossa ollutta ongelmaa oli nostettu toistuvasti esiin useissa asiakirjoissa (mm. WHO, STM, Valtiontilintarkastajat, OECD). Vaikka ratkaisumalleja rahoituksen uudistamiseksi oli ollut runsaasti, ongelman ratkaisu oli hidasta. Puolueiden periaatteet ja tavoitteet perustuvat laajoihin maailmankatsomuksiin, kuten konservatismiin, sosiaaliliberalismiin ja marxismiin (Pirttilä 1979, 12). Maailmankatsomukset ovat taustalla, kun suomalaiset puolueet ovat esittäneet näkemyksiään esimerkiksi yksityisen sektorin asemasta. Vasemmistosta yksityiset palvelut eivät ole olleet 2000-luvulla ratkaisu järjestämisen ja tuottamisen ongelmiin, kun oikeistoa lähellä olevista eturyhmistä on esitetty kunnallisten monopolien purkamista, tilaajan ja tuottajan erottamista toisistaan sekä palvelujen yksityistämistä (ks. Saarinen 2013b, 215).

Sekä poliittisten puolueiden asiakirjat että terveydenhuollon rahoitusta käsitellyt tai sivunnut kirjallisuus ovat tyyliltään vapaamuotoista yhteiskunnallista diskurssia, joilla on haluttu toisaalta ohjata sosiaalisten ongelmien määrittelyä sekä vaihtoehtoisten ratkaisumallien arviointia ja haluttavuutta toisaalta vaikuttaa ideologioiden ja teorioiden kehittymiseen. Olen käsitellyt monikanavarahoitukseen liitettävissä olevaa 2010-luvun kirjallisuutta luvussa 2. Tällä diskurssilla ja sen hallinnalla on merkitystä harjoitettuun sosiaalipolitiikkaan ja sen tuottamiin institutionaalisiin rakenteisiin. (Ks. Forss ym. 2004, 330.)

### 6.1 Näkemykset monikanavarahoituksesta

Kokoomus (Kansallinen Kokoomus) ei ole maininnut tutkimissani asiakirjoissa monikanavarahoitusta, mutta se on esittänyt mm. tarpeen yhtenäistää ja parantaa palveluiden tehokkuutta kunta- ja valtiontalouden tasapainottamiseksi. Kokoomus (2007, 11) on ainoana puolueena kirjannut eduskuntavaaliohjelmaansa tavoitteen sairaanhoitovakuutuksen korvausten korottamisesta siten, että ”lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioista ja hammaslääkäripalkkioista maksettavien Kela-korvausten tasoa on nostettava 50 prosenttiin todellisista kustannuksista”. Puolueen kuntakannanotossa ”Sujuvat palvelut, vahvat peruskunnat” (Kokoomus 2011) se esitti, että sosiaali- ja terveyspalvelut on yhtenäistettävä Risikon mallin<sup>94</sup> mukaisesti. Kokoomuksen vuosien 2015–2016 kannanotoissa puolue on sitoutunut sote-uudistukseen ja sen loppuun saattamiseen, pyrkimykseen saada ”sote maaliin”. Puolueen eduskuntavaaliohjelman

94 Risikon malli oli yksi esitys terveydenhuollon rakenneuudistusmalliksi (STM 2009a; Salo 2009).

(Kokoomus 2015, 8) mukaan sen tavoitteena on siirtyminen ”rahoitusjärjestelmän uudistuksessa aitoon monituottajamalliin”.

Keskustalla (Suomen Keskusta) oli eniten mainintoja monikanvarahoituksesta. Sen eduskuntavaaliohjelman (Keskusta 2011a) mukaan rahoitusta on uudistettava ”nykyisen monikanvarahoituksen ongelmien vähentämiseksi” ja kuntavaaliohjelmassa (Keskusta 2012) ”nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän julkinen raha kootaan alueellisille toimijoille”. Yksikanavaiseen rahoitukseen olisi siirryttävä Keskustan syyskuussa 2013 esittämän kotikunta–maakunta-rahoitusmallin pohjalta (ks. myös politiikkalinjaukset 2011–2015), kun järjestämisvastuulliselle toimijalle eli maakunnalle kootaan varoja valtionosuuksista, kuntaosuuksista, asiakasmaksut ja sairausvakuutusmaksuja Keskusta 2011b ja 2013). Keskusta (2014, 15) perusteli monikanvarahoituksen vähentämistä siten, että sotessa ”yksikanavainen rahoitus mahdollistuu, kun tarkoitetut rahat saadaan nykyistä tehokkaampaan ja asiakkaiden hyvinvointia entistä paremmin edistävään käyttöön”. Eduskuntavaaliohjelman (Keskusta 2015, 6) mukaan ”sote on saatava maaliin” sekä ”sote-palvelujen rahoitusta pitää yksinkertaistaa ja selkeyttää kohti yksikanavaisuutta”. Kuntavaaliohjelman mukaan (Keskusta 2017) ”sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus on vihdoin vietävä maaliin”.

Keskusta on ottanut kantaa erityisesti kunnallisten palveluiden rahoitukseen. Vuoden 2010 tavoiteohjelman (Keskusta 2010) mukaan rahoituksen pitää olla ennustettava ja yhdenvertaisuutta korostava valtion ja kuntien malli. Edellytyksenä oli kuntien vahva taloudellinen itsehallinto, ja valtion oli mahdollistettava se, että kunnat voivat tarjota kuntalaisilleen yhdenvertaisia palveluita. Valtionosuusjärjestelmällä on tasoitettava harvan asutuksesta, pitkistä etäisyyksistä sekä tulopohjan ja väestörakenteen muutoksista aiheutuvia alueellisia olosuhde- ja palvelutarve-eroja. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon väliset raja-aidat on poistettava ja lääkäreiden saatavuus on varmistettava. Puolue (Keskusta 2011a) oli esittänyt, että 2020-luvun kuntamalli olisi rakennettava PARAS-uudistuksen jatkoksi, jossa valtion lisäksi olisi yksi verotustaso joko kunnilla tai maakunnilla. Sen kuntavaaliohjelmassa (Keskusta 2012) palvelut rahoitetaan pääosin veroilla ja uuden rahoitusmallin on kannustettava järjestäjää parantamaan palveluiden vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Vaalikauden 2007–2011 tavoitteissa puolue oli esittänyt tarpeen uudistaa sairausvakuutusjärjestelmää lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi.

Vaikka SDP (Suomen Sosialidemokraattinen Puolue) käsitteli monikanvarahoitusta vasta arviointijakson loppupuolella, sen tulevaisuusohjelmassa (SDP 2010) mainitaan, että monimutkaisia hallintorakenteita purkamalla vahvistetaan demokratiaa, palveluita ja saadaan tehokkuushyötyjä. Puolueen vaaliohjelmassa (SDP 2012) kuvaillaan, kuinka julkinen palveluiden tuotanto hajaantuu ja pirstaloituu, kun kunnissa on oman tuotannon rinnalla yhtiöitä, liikelaitoksia ja ulkoistettuja palveluita. Puolueen mukaan on väärin, että pääomasijoittajat keräävät isoja voittoja julkisten

palveluiden avulla, joten kunnat voisivat muodostaa ”tilaajapooleja suurten kansainvälisten yritysketjujen vastapainoksi”. Kunnallisten peruspalvelujen tuotannon tulee pääasiallisesti perustua julkisiin, kunnan itsensä järjestämiin palveluihin, mutta niiden rinnalla on yhä enemmän erilaisia yhtiö- ja liikelaitosmalleja sekä ulkoisia palvelun tuottajia. SDP:n mukaan veronmaksajien etua ei palvele seurauksista piittaamaton ”ideologinen ulkoistaminen”, vaan julkisesti ja muilla tavoin tuotettujen palveluiden tulee olla ”avoimesti vertailtavissa toiminnallisuuden, laadun ja hinnan suhteen”. Puolueen eduskuntavaaliohjelmassa (SDP 2015a, 23) ”epäterve monikanavaraitus on purettava ja voittoa tavoittelemattomien toimijoiden asema palveluiden tuottajina on vahvistettava.” Palvelutuotannon on perustuttava julkiseen toimintaan, jota yksityinen ja kolmas sektori voivat täydentää.

SDP:n tulevaisuushjelman (SDP 2010) mukaan palveluiden ja etuuksien rahoituksen perustana on verotus ja sosiaalivakuutusmaksut ja työterveyshuollon rahoittavat pääasiassa työnantajat. Myöhemmin puolueen strategisessa hallitusohjelmassa (SDP 2015b) todetaan, että sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksessa on tarve siirtyä ”kohti yksikanavaista järjestelmää”. SDP:n mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamislähtökohtana (SDP 2016, 2) on se, että ”monikanavainen rahoitusjärjestelmä asettaa vääriä kannusteita ja johtaa osaoptimointiin”. Kuntavaaliohjelmassaan SDP (2017) ilmoittaa sitoutuvansa vahvan pohjoismaisen hyvinvointivaltion kehittäjäksi. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen on tehtävä ihmisten tarpeiden mukaisesti, ei markkinoiden ehdoilla. Palvelut pitää kustantaa verovarolla kuntien asukkaille ja terveydenhoidon asiakasmaksut eivät saa estää hoitoon pääsyä.

Vihreiden (Vihreän liiton) periaateohjelman (Vihreät 2006a) mukaan julkinen taho vastaa palveluiden järjestämisestä. Julkisten palveluiden tarjoamisessa on tuottamista tärkeämpää se, miten palvelut vaikuttavat ”ihmisten elämänlaatuun, ympäristöön ja yleiseen hyvinvointiin”. Sosiaalisesti ja ekologisesti kestävästi tuotettuja palveluita on oltava tarjolla erilaisten ihmisten tarpeisiin. Kuntien lakisääteisissä palveluissa on panostettava niiden omaan tuotantoon, ja ”toimivassa yhteiskunnassa julkinen, yksityinen ja kolmas sektori tukevat toisiaan”. Vihreiden eduskuntavaaliohjelman (Vihreät 2006b) mukaan kunnilla on päävastuu peruspalveluiden järjestämisestä, valtion on turvattava rahoitus ja ”veroja ei pidä alentaa palveluiden kustannuksella”. Työterveyshuolto ja tuettu yksityinen terveydenhuolto eriarvoistavat väestöä, koska vain osa voi käyttää näitä palveluja. Yksityisen ja työterveyshuollon toimenpidepohjaisuus kannustavat ylihoitamaan sekä tekemään turhia toimenpiteitä ja tutkimuksia. Ongelma poistuu, kun sairaanhoitovakuutuksen korvaukset, lääke- ja matkakulukorvaukset, sairauspäivärahat sekä kuntoutuskorvaukset siirretään maakunnille.

Vihreät esittivät 9.5.2010 sosiaali- ja terveyspoliittisessa ohjelmassaan (Vihreät 2010a), että julkisen varat olisi koottava yhteen ostopoolille, joka vastaa palveluiden hankinnasta. Poliittisen ohjelman 2010–2014 (Vihreät 2010b) mukaan palveluiden rahoitusmalli ei saa kannustaa rahoitusvastuun siirtoihin toimijalta toiselle: ”kuntien

ja valtion rahat sekä Kelan sairausvakuutus on kerättävä yhteiseen pottiin”. Vihreiden (2012) kunnallisvaaliohjelmassa rahoitusta ja rakennetta on uudistettava niin, että ”kaikki ihmiset saavat hyvää hoitoa taloudellisesta asemastaan ja asuinkunnastaan riippumatta”. Puolue esitti poliittisessa tavoiteohjelmassaan 2015–2019 (Vihreät 2014), että ”rahoituksen monikanavaisuus on purettava”, ”kaikki terveydenhuollon ohituskaistat pitää poistaa” ja terveydenhuolto on yhdistettävä ”yhdeksi laadukkaaksi ja helposti saavutettavaksi julkiseksi palveluksi eri puolilla maata”.

Vihreiden tavoiteohjelman (Vihreät 2014) mukaan Kela-korvaukset yksityiseltä terveydenhuollolta (psykoterapia, lapsettomuushoidot, hammashuolto, silmälääkäripalvelut ym.) on poistettava ja varat on siirrettävä julkisen terveydenhuollon parantamiseen. Vihreiden sote-uudistuksen rahoituksen ja valinnanvapauden linjausten (Vihreät 2016) mukaan monikanavarahoituksessa järjestäjät rahoittavat toimintansa eri tavoilla, eikä kenelläkään ole kokonaisvastuuta rahoituksenärkevimmästä ja tehokkaimmasta käytöstä. Osa rahoituksesta on määritelty paikallisesti kuntien budjetteihin perustuen ja osa valtakunnallisesti toimenpidepohjaisesti (työterveyshuolto, sairausvakuutuksen korvaukset). Vastuu rahoituksen kohdentamisesta on oltava yhdellä taholla, ”rahoituksen monikanavaisuus on purettava” ja sote-rahoitus, mukaan lukien Kelan korvaukset, on siirrettävä maakunnille.

Vasemmistoliiton eduskuntavaaliohjelman (Vasemmistoliitto 2006) mukaan yhteiskunnan kehittämistä on jatkettava perustuen suomalaiseen ja pohjoismaiseen hyvinvointimalliin, jonka kulmakiviä ovat verovaroin rahoitetut julkinen palvelusektori ja kolmikantaiseen yhteistyöhön perustuva työmarkkinajärjestelmä. Palvelujärjestelmän rakenneuudistuksen lisäksi on tehtävä muutoksia sen rahoitukseen. Eduskuntavaaliohjelman (Vasemmistoliitto 2010) mukaan terveyseroja on kavennettava, palveluihin on lisättävä henkilökuntaa ja niiden rahoitusta on lisättävä vastaamaan eurooppalaista keskitasoa. ”Yhtiöittäminen ja yksityistäminen on estettävä, koska ne pirstaloivat palveluita, lisäävät byrokratiaa ja kustannuksia sekä johtavat usein käyttäjien eriarvoistumiseen.” Puolueen mukaan ”yleensä yksityistäminen johtaa myös kahden kerroksen palveluiden syntyyn ja tulonsiirtoihin veronmaksajilta osakeyhtiöille”. Vasemmistoliiton eduskuntavaaliohjelmassa (Vasemmistoliitto 2015) ”terveydenhuollon kustannukset on katettava verovaroin yksikanavaisella rahoituksella” ja ”yksityisten terveyspalveluiden subventointi Kelan sairausvakuutuksen kautta on lopetettava”.

Vasemmistoliiton linjausten (Vasemmistoliitto 2016a) mukaan pääosin julkisesti tuotettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden avulla voidaan varmistaa kustannustehokkaat sekä saumattomat palveluketjut. Tärkeitä kysymyksiä ovat sujuvat siirtymiset perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. Oleellista on myös sähköisten tietojärjestelmien kehittäminen ja monikanavaisen rahoituksen purkaminen. Yksityiset yritykset voivat täydentää julkisia palveluita kilpailutusten ja palvelusetelien avulla. ”Sairausvakuutuksen sairaanhoito-, lää-

ke- ja matkakorvaukset on parasta liittää heti maakuntahallintoon.” Sote-alueiden rahoitus on järjestettävä maakuntien itsensä keräämällä verolla ja valtion tasoitusrahoituksella ohjaamalla kuntien valtionosuudet maakunnille. Vasemmistoliiton kuntavaaliohjelman (Vasemmistoliitto 2016c) mukaan sinänsä tarpeellisen sote-uudistuksen valmistelussa on painotettu liian vähän palveluiden saatavuuden turvaamista sekä liian paljon palveluiden yksityistämistä ja yhtiöittämistä. Puolue edellyttää, että ”uudistus toteuttaa demokratiaa, tasa-arvoa ja lisää palvelun tarvitsijoiden oikeuksia kustannustehokkaalla tavalla”.

Perussuomalaisten eduskuntavaaliohjelman (Perussuomalaiset 2011) mukaan puolue kannattaa ”perinteistä pohjoismaista hyvinvointivaltiomallia, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut turvataan yhdenvertaisesti kaikille Suomen kansalaisille”. Puolue kritisoi tuolloin PARAS-puitelakia, jonka 20 000 asukkaan väestöpohjavelvoite terveyspalveluissa ei olisi välttämättä yhteydessä toimiviin palveluihin. Puolueesta laki olisi ollut askel kohti aiempaa suurempia palvelu- ja päätöksentekoyksiköitä, ”hallintohimmeleitä”, jotka olisivat ilman todellista kansanvaltaa ja demokraattista kontrollia menettäneet merkityksensä. Yksityisellä sektorilla voi olla julkisesti rahoitettua julkista tuotantoa täydentävä rooli, ja julkisella sektorilla on ”palveluiden rahoittajana parhaat kannustimet puuttua palvelutarpeiden kasvuun”. Puolueen kuntavaaliohjelman (Perussuomalaiset 2017) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotannon pitää perustua vahvaan julkiseen sektoriin, jota yksityiset toimijat ja järjestöt tukevat.

KD:n (Suomen Kristillisdemokraattien) periaate- ja yleisohjelmassa (KD 2005) terveydenhuollon verorahoitteisuus sekä julkiset peruspalvelut takaavat parhaiten kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun palvelujen käyttäjinä. Sairauksien aiheuttamat kustannukset on jaettava yhteisvastuullisesti kaikkien kansalaisten kesken. Terveydenhuollon hajanaista rahoitusjärjestelmää on uudistettava niin, että se kannustaa entistä kustannustehokkaampaan hoitoon. Tehottomuutta ja turhia kustannuksia aiheuttavat terveydenhoidon rahoituskanavat on yhdistettävä. Myös KD:n tavoiteohjelman 2007–2011 (KD 2006) mukaan terveyden- ja sairaanhoidon palvelut on tuotettava pääasiassa julkisella sektorilla. Resurssit on kohdennettava hoidon vaikuttavuuden, laadun ja kustannustehokkuuden kannalta oikein. Voimakkaasti kasvaneen lääkehoidon kustannusten kasvu on pysäytettävä lääkehoidon vaikuttavuuden tutkimusta edistämällä.

Eduskuntavaaliohjelmassa vuosille 2011–2015 (KD 2011) KD kritisoi PARAS-hanketta siitä, ettei hankkeessa otettu huomioon maan eri osien olosuhteita. Hankkeessa oli keskitytty kuntakokoon, jota puolue ei pitänyt ratkaisevana kunnan menestyksen, palvelujen laadun ja tehokkuuden kannalta. Tärkeimpinä tavoitteina puolue piti väestön sairastavuuserojen pienentämistä ja elintavoista aiheutuvien terveysongelmien vähentämistä. Puolue korosti tasa-arvoisia oikeuksia sekä mahdollisuutta päästä hoitoon iästä, asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. ”Terveyspalvelut

tulee järjestää koko maan kattavina julkisina peruspalveluina, joita yksityiset palvelut täydentävät.” Puolue korosti verorahoitteisuuden takaavan parhaiten kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun palvelujen käyttäjinä. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa on otettava huomioon erilaisten alueiden tarpeet. Vahvat peruspalvelut ja riittävät erityispalvelut on taattava kaikille asuinkunnasta riippumatta.

RKP:n (Suomen ruotsalainen kansanpuolue) ohjelmissa ei mainita monikanavara-hoitusta. Puolueohjelmassa (RKP 2016) puolue kannattaa sosiaaliseen vastuuseen, yhtäläisiin palvelujen käytön mahdollisuuksiin ja ehkäiseviin toimenpiteisiin perustuvan pohjoismaisen hyvinvointimallin kehittämiseen. RKP:n tavoitteena on se, että terveydenhuolto ”taataan maan molemmilla kansalliskielillä” sekä ”julkisesti ja yksityisesti tuotetut palvelut täydentävät toisiaan”. Verorahoitetut palvelut muodostavat kokonaisuuden, joihin suomalaisilla on yhtäläiset oikeudet. Puolueen mukaan ”hyvinvointi luodaan julkisen sektorin, yksityisten yritysten, kolmannen sektorin ja kansalaisuusaktiivisuuden välille” ja potilaat valitsevat parhaiten sopivan terveydenhuollon tuottajan. Julkisen sektorin roolina on mahdollistaa palveluiden tuottaminen, asettaa kansallisia laatutavoitteita ja sertifoida palveluja, ”mutta sen ei aina itse tarvitse olla tuottaja”.

## 6.2 Näkemykset työterveyshuollosta

Puolueiden asiakirjoissa oli työterveyshuollosta ja sen rahoituksesta vähän julkaisu-tuja tavoitteita tai kannanottoja. Lähes kaikki puolueet mainitsevat, että työterveys-huoltoa on kehitettävä terveyttä edistävään suuntaan. Työterveyshuollossa on pa-nostettava työkyvyttömyyden ja sairauksien ehkäisemiseen ja työkyvyn ylläpitoon. Kokoomuksen mukaan sairauksien ennaltaehkäisy työterveyshuollon ja työpaikan aktiivisena yhteistyönä on tärkeää. Kokoomuksen kuntavaaliohjelman (Kokoomus 2017) mukaan terveydenhuollon palveluissa on valinnanvapautta vain työterveys-huollon piirissä olevilla ja niillä, joilla on varaa maksaa palveluista. Puolueen mukaan tulevaisuudessa ”jokainen voi itse vaikuttaa käyttämiinsä palveluihin, joiden tuottajat kilpailevat keskenään laadulla”. Keskustan linjauksessa kuntapalveluiden turvaami-seksi (Keskusta 2013) työterveyshuolto jätetään sote-uudistuksen ulkopuolelle.

SDP mainitsee työpaikkojen ja työterveyshuollon yhteistyön sekä käsittelee työolo-suhteiden merkitystä. Se käsittelee muita puolueita enemmän työterveyshuollon teh-tävää työhyvinvoinnin edistäjänä. SDP:n tulevaisuusohjelman (SDP 2010) mukaan palveluiden ja etuuksien rahoituksen perustana ovat verotus ja sosiaalivakuutusmak-sut, mutta työterveyshuollon rahoittavat pääasiassa työnantajat. Sen rahoitus koos-tuu yhtenäisestä järjestelmästä, joka mahdollistaa sen, että kunnat voivat järjestää väestöä tasa-arvoisesti kohtelevia palveluita. Työntekoon perustuvaa sosiaaliturvaa kehitetään kolmikantaisesti, ja terveystarkastukset ovat keskeisiä terveyden tuotta-misessa.

Vasemmistoliiton linjauksissa sote-uudistuksesta (Vasemmistoliitto 2016a) mainittiin, että työterveyshuolto tulee säilyttää uudistuksen alkuvaiheessa vähintään ylimenokauden ajan. ”Sairausvakuutuksen sairaanhoito-, lääke- ja matkakorvaukset on parasta liittää heti maakuntahallintoon.” Vasemmiston kuntavaaliohjelman mukaan (2016c) ”julkisia palveluja on parannettava, jotta kaikki asukkaat saavat yhtä hyviä palveluita kuin työterveyshuollon piirissä olevat”. Vasemmiston vuosien 2016–2019 (Vasemmistoliitto 2016b) tavoitteissa ”työ- ja opiskeluterveydenhuolto on integroitava muuhun sote-järjestelmään niin, että kaikilla on tasavertaiset edellytykset saada laadukkaita palveluita”.

Vihreiden poliittisessa ohjelmassa 2010–2014 (Vihreät 2010b) ennalta ehkäisevää työterveyshuoltoa on lisättävä ja sen on ulotuttava toistuviin lyhytaikaisiin työsuhteisiin. Vihreiden puoluevaltuuskunnan asiakirjassa (Vihreät 2016) todetaan, että työterveyshuollon pitää keskittyä alkuperäiseen tehtäväänsä eli työympäristön terveellisyteen, työhön liittyvien riskien ehkäisyyn ja hoitoon, osatyökykyisten työllistymisen tukemiseen sekä selkeiden työperäisten sairauksien hoitoon.

Perussuomalaisten eduskuntavaaliohjelman (Perussuomalaiset 2011) mukaan on kiinnitettävä erityistä huomiota työelämän ja koulutuksen ulkopuolelle jääneisiin nuoriin ja pitkäaikaistyöttömiin, jotka eivät ole työterveyshuollon tai koulu- ja opiskelijaterveydenhoidon piirissä. Puolue on huolissaan niistä henkilöistä, joilla ei ole varaa yksityiseen terveydenhuoltoon.

KD:n vuosien 2007–2011 tavoiteohjelman (KD 2006) mukaan olisi kiinnitettävä huomiota työterveyshuollon palvelujen ulkopuolelle jääviin henkilöihin, joilla on epätyyppillisiä työsuhteita tai jotka työskentelevät pienillä työpaikoilla, ja niihin, jotka jäävät työelämän ulkopuolelle. KD:n eduskuntavaaliohjelmassa 2011–2015 (KD 2011) ”joikaisella suomalaisella tulee olla työterveyshuollon tasoiset terveydenhoitopalvelut”.

### 6.3 Näkemykset opiskeluterveydenhoidosta

Keskustan kunta- ja maakuntaohjelman (Keskusta 2008) mukaan opiskelijaterveydenhuollon toimivuus vaihtelee kuntakohtaisesti. Toisen asteen opiskelijat ja ammattikorkeakouluopiskelijat ovat eriarvoisessa asemassa asuinkunnasta riippuen. SDP:n tavoitteissa vaalikaudelle 2007–2011 (SDP 2007) mainitaan, että toisen asteen ammattiin opiskelevien sekä ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveydenhoitoa parannetaan.

Vihreiden poliittisessa ohjelmassa 2010–2014 (Vihreät 2010b) ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito tulee siirtää kunnilta YTHS:n järjestettäväksi. Vihreiden linjauksissa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta ja valinnanvapaudesta (Vihreät 2016) kaikkien korkeakouluopiskelijoiden tulisi päästä samojen terveyspalvelujen piiriin, jotka on mielekästä järjestää valtakunnallisesti. Sen rahoituksen tulee kannustaa tehokkuuteen, varhaiseen puuttumiseen ja osaoptimoinnin välttämiseen.

Perussuomalaisten kuntavaaliohjelman (Perussuomalaiset 2012) mukaan kaikkien oppilaitosten opiskelijoilla on oltava yhdenvertaiset mahdollisuudet saada terveyspalveluja. Perussuomalaisten kuntavaaliohjelmassa (Perussuomalaiset 2012) ”erityistä huomiota pitäisi kiinnittää niihin koulutuksen tai työelämän ulkopuolelle jääneisiin nuoriin ja pitkäaikaistyöttömiin”, jotka eivät ole koulu-, opiskelija- tai työterveyshuollon piirissä, sillä heillä ei ole todennäköisesti varaa yksityiseen terveydenhuoltoon.

KD:n tavoiteohjelmassa 2007–2011 (KD 2006) linjataan, että ”ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltojärjestelmä tulee kehittää vastaavaksi kuin yliopisto-opiskelijoilla” ja eduskuntavaaliohjelmassa 2011–2015 (KD 2011), että YTHS:n opiskeluterveydenhoito tulee laajentaa myös ammattikorkeakouluopiskelijoille.

#### 6.4 Näkemykset asiakasmaksuista

Keskustan tavoitteissa vaalikaudelle 2007–2011 (Keskusta 2006) puolue lupaa uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmää ottamalla huomioon oikeudenmukaisella tavalla asiakkaan maksukyvyn. SDP:n talouspoliittisessa 2011–2015 linjauksessa (SDP 2011) terveydenhoidon asiakasmaksut eivät saa estää kenenkään hoitoon pääsyä. Vihreiden rahoitus- ja valinnanvapauslinjausten (Vihreät 2016) mukaan verorahoituksen lisäksi rahoituslähteinä voidaan säilyttää asiakasmaksut ja sairausvakuutusmaksut. Vasemmistoliitto (2011) vaati eduskuntavaaliohjelmassaan lääkkeille, potilasmaksuille ja matkakustannuksille maksukattoa. Vasemmistoliiton linjausten (Vasemmistoliitto 2016a) mukaan tavoitteena oli, että perusterveydenhuollon palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia ja muiden palveluiden asiakasmaksuja alennetaan. Kuntavaaliohjelmassaan Vasemmistoliitto (2016b) esitti terveyskeskusmaksujen poistamista.

KD:n periaate- ja yleisohjelman (KD 2005) mukaan sairauden potilaalle aiheuttamaa taloudellista taakkaa on jaettava aiempaa yhteisvastuullisemmin ja luotava erillisille maksuille yksi yhtenäinen maksukatto. KD:n eduskuntavaaliohjelmassa 2011–2015 (KD 2011) todetaan, että asiakasmaksuja ei tule korottaa, sillä ne kasvattavat väestöryhmien välisiä terveyseroja. Perussuomalaisten eduskuntavaaliohjelman (Perussuomalaiset 2011) mukaan julkisen terveydenhuollon palvelumaksuja ei pidä nostaa vaan perusterveydenhuollossa pikemminkin laskea, ettei heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien terveystilanne huononisi palveluiden kallistumisen takia. Puolue suhtautui esillä olleeseen palvelumaksujen porrastamiseen tulojen mukaan kriittisesti, koska hyvätuloiset hakeutuisivat Kela-korvausten turvin useammin yksityisen sektorin tarjoamien palveluiden piiriin.

#### 6.5 Yhteenveto puolueiden asiakirjoissa esitetystä näkemyksistä

Eduskuntapuolueiden asiakirjoissa ei mainita mitään terveydenhuollon monikanavarahoituksesta ennen 2010-lukua. Järjestelmän kaksikanavarahoitus oli tiedossa, mutta puolueet eivät käsitelleet sitä nimeltä mainiten. Ennen vuotta 2010 puolueet



painottivat eri tavoin lähinnä kuntarakenteita sekä julkisten ja yksityisten palveluiden tuottamista. Vihreät mainitsivat ensimmäisenä monikanavarahoituksen erillisessä keskustelualoitteessaan (ostopooli-ehdotus), ja tämän jälkeen Keskusta nosti asian esiin eduskunta- ja kuntavaaliohjelmissaan. Keskusta esitti toistuvasti tarpeen vähentää monikanavarahoitusta ja käsitteli siihen liittyen kuntia ja maakuntia palveluiden järjestäjinä. Kokoomuksen kuntakannanotossa (Kokoomus 2011) palvelut suositeltiin yhtenäistettäväksi perustuen ns. Risikon malliin, joka oli yksi palveluiden rahoittamisen ja järjestämisen uudistamishdotuksista. Käsitteenä monikanavarahoitus tuli myöhemmin Vasemmistoliiton ja SDP:n ohjelmiin. Kokoomus, RKP, KD ja Perussuomalaiset eivät mainitse arvioituissa asiakirjoissa monikanavarahoitusta käsitteenä.

Olen tiivistänyt taulukkoon 7 (s. 105) subjektiivisen arvioni puolueiden näkemysten myönteisyydestä (+) tai kielteisyydestä (–). Samantyyppistä subjektiivista arviointimenetelmää on käyttänyt Saari (2003b, 154–161)<sup>95</sup>. Koska kaikki puolueet olivat työryhmässä (STM 2015a), joka oli ehdottanut vaihtoehtoja monikanavarahoituksen purkamiseksi, tulkitsin kaikkien suhtautuvan monikanavarahoitukseen kielteisesti (–). Kun Keskusta, SDP ja Vasemmistoliitto esittivät siirtymistä yksikanavarahoitukseen sekä Vihreät sairaanhoitokorvausten siirtoa maakunnille, on niiden suhtautuminen monikanavarahoitukseen vahvasti kielteistä (– –). Kun esimerkiksi SDP käsitteli työterveyshuoltoa monipuolisimmin, se korosti voimakkaimmin teeman merkitystä (+ +) puolueelle. RKP ei käsitellyt työterveyshuoltoa. Tuntematonta kantaa merkitseen taulukossa kysymysmerkillä (?). Vasemmistoliitto vaati terveyskeskusten asiakasmaksujen poistamista (– –), kun osa puolueista vaati, etteivät maksut saisi kasvaa ja kohdentua väestölle epäoikeudenmukaisesti (–). Vihreiden mukaan asiakasmaksut olivat yksi rahoituslähde, ja Keskustan mukaan asiakasmaksut oli koottava maakuntien rahoitukseen (+ –).

Koska Keskusta, Vihreät, Vasemmistoliitto ja SDP käsittelivät monikanavarahoitusta asiakirjoissaan, puolueet pitivät sitä ongelmana. Kokoomukselle ja RKP:lle ilmiö ei ollut yhtä merkittävä ongelma, koska ne eivät käsitelleet sitä. KD:lle ja Perussuomalaisille ilmiö oli ongelma, mutta ne eivät suoraan käsitelleet ilmiötä käsitteenä. Perusteluja oli vähän, eikä ilmiöstä esitetty pääasiassa mitään myönteistä. Ainoastaan Kokoomus esitti vuonna 2007 tarpeen sairausvakuutuskorvausten tason nostamisesta ja vuonna 2017 tavoitteen ”aitoon monituottajamalliin siirtymisestä”, minkä voi tulkita olevan kannanotto ilmiön puolesta rahoituksen yhdellä tasolla (ks. luku 3.1).

95 Saari (2003b, 154–161) on arvioinut Arajärven toimeentuloturvan lainsäädännön selkeyttämisen raportin lausuntoja asteikolla: –1 (vastaan), 1 (puolesta), 0 (neutraali), – (puuttuva) sekä +/- 0,5 sen mukaan, oliko kannanotoissa puolesta tai vastaan varauksia.

**Taulukko 7.** Arvio eduskuntapuolueiden näkemyksistä<sup>a</sup> monikanavarahoituksesta ja siihen läheisesti liitettävistä teemoista.

Puolue	Monikanava-rahoitus	Työterveys-huolto	Opiskelija-terveydenhoito	Asiakas-maksut	Esimerkkejä näkemyksistä
Kokoomus	–	+	?	?	Tavoittelee monituottajamallia
Keskusta	--	+	+	+ –	Korostaa maakuntia
SDP	--	++	++	–	Vaatii, ettei uudistuksia tehdä markkinoiden ehdoilla
Vasemmistoliitto	--	++	?	–	Korostaa julkisia palveluja, vaatii asiakasmaksujen poistoa
Vihreät	--	+	++	+ –	Korostaa sektoreiden yhteistyötä ja kokonaisvaltaisuutta
RKP	–	?	?	?	Vaatii kaksikielisiä palveluja
KD	–	+	++	–	Korostaa julkisia palveluita
Perussuomalaiset	–	+	+	–	Korostaa julkisia palveluita

<sup>a</sup>Näkemykset voivat olla myönteisiä (+), voimakkaan myönteisiä (++) kielteisiä (–), voimakkaan kielteisiä (– –) sekä myönteisiä ja kielteisiä (+ –) tai niitä ei ole esitetty (?).

Puolueet halusivat palveluita rahoitettavan pääasiassa veroilla julkisen järjestäjän toimesta. Muutoksia puolueiden näkemyksissä tapahtui muun muassa niin, että vuonna 2010 SDP mainitsi verojen lisäksi rahoituslähteinä työnantajien rahoituksen ja sosiaalivakuutusmaksut, mutta vuonna 2015 puolue esitti siirtymistä kohti yksikanavarahoitusta. Vasemmistopuolueet liittivät monikanavarahoituksen julkisten ja yksityisten palveluiden tuottamisen eroihin. Keskusta liitti sen alueelliseen järjestämiseen, joka on kuntien ja maakuntien vastuulla.

Puolueet kannattivat verotusta pääasiallisena rahoituslähteenä, mutta lisäksi rahoituslähteenä mainittiin työnantajien rahoitus (SDP) ja julkiset vakuutusmaksut (SDP, Vihreät). Oikeisto- ja vasemmistopuolueet painottivat eri tavoin julkista ja yksityistä sektoria sekä markkinoita. Vasemmistoliitto ja vihreät vaativat tiukimmin sairaanhoitokorvauksista luopumista. Arviointijakson lopussa puolueilla oli mainintoja sairaanhoitokorvauksia vastaavan rahoituksen siirtämisestä maakunnille, mikä oli suunniteltujen sote-linjausten mukaista.

Työterveyshuollon palveluista ja etenkin sen rahoittamisesta puolueilla oli hyvin vähän mainintoja. Lähes kaikilla puolueilla on arvioita, että työterveyshuollon painopistettä on siirrettävä ennalta ehkäisevään suuntaan. Laajasti ymmärrettynä näkemys tavoitteesta purkaa monikanavarahoitus voidaan tulkita niin, että myös työterveyshuollon sairaanhoitoa siirrettäisiin nykyistä enemmän kunnallisesti järjestettäväksi, mutta tätä aihetta ei käsitelty. Selkein viesti työterveyshuollosta oli Keskustan mai-

ninta, että se jätetään sote-uudistuksen ulkopuolelle, joten teemaa ei nosteta päätöksenteon kohteeksi.

Analysoituun asiakirja-aineistoon liittyi useita epävarmuustekijöitä, eikä pelkästään niiden perusteella voida arvioida, kannattaako joku puolue muita enemmän monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä luopumista. Julkaistujen ja analysoitujen dokumenttien määrä vaihteli puolueittain, ja kooltaan suuremmat puolueet käsittelivät yleisesti eri aiheita yksityiskohtaisemmin kuin pienemmät puolueet. Analysoinnissa ei otettu huomioon, oliko puolue ollut hallituksessa tai oppositiossa, eikä esimerkiksi sitä, oliko asiakirja julkaistu ennen eduskuntavaaleja tai kunnallisvaaleja.

Puolueiden asiakirjoihin liittyi epävarmuustekijöinä se, että niissä on retorisia ja epätasmallisia ilmaisuja, joilla voidaan kosiskella äänestäjiä vaalien lähestyessä (vrt. Saarinen 2013b, 215). Puolueiden kollektiivinen linjaus saattoi olla ilmaistuna muissa kuin analysoiduissa asiakirjoissa. Esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon linjauksia on voitu esittää nuoriso- ja opiskelijajärjestön, eduskunnan tai hallituksen asiakirjoissa, koska esimerkiksi Kokoomuksella ja RKP:llä ei ollut näissä asiakirjoissa kannanottoja teemasta. Asiakirjojen tekstit poikkesivat toisistaan, sillä osa teksteistä oli hyvin yksityiskohtaisia ja osa hyvin yleisellä tasolla. Monikanavarahoitus saattaa olla vaikeaselkoinen teema ja sellaisena soveltumaton puolueiden äänestäjille suunnattuihin vaaliohjelmiin, joten puolueet käsittelivät ilmiötä lähes samoin sanoin kuin oli esitetty muun muassa THL:n asiantuntijoiden (THL 2012b) selvityksessä (vrt. mm. Keskustan kannanotot). Koska puolueiden asiakirjoissa ja muussa yhteiskunnallisessa diskurssissa on käsitelty samoja teemoja lähes samoilla ilmaisuilla, joita on ollut esillä THL:n, STM:n ja valtioneuvoston asiakirjoissa ja selvityksissä aikaisemmin, vaikuttaa siltä, että asiantuntijat nostivat monikanavarahoituksen ongelman poliittiseen päätöksentekoon vuodesta 2010 alkaen.

Saarin (2013b, 207) on analysoinut vuosina 2001–2011 Helsingin Sanomissa julkaistuja kirjoituksia yksityisestä terveydenhuollosta. Saarisen mukaan keskusteluihin eivät osallistuneet aktiivisesti poliitikot vaan asiantuntijat ja virkamiehet, jotka olivat toistuvasti nostaneet esiin tarpeen uudistaa järjestelmää. Saarisen (2013b, 215) analyysiin perustuen poliitikkojen vähäinen osallistuminen yhteiskunnalliseen keskusteluun on saattanut johtaa siihen, että terveydenhuollon rakenteiden ja rahoituksen uudistaminen on ollut hidasta. Monikanavarahoitukseen liittyviä kirjoituksia oli muun muassa STM:n kansliapäälliköltä Kari Välimäeltä, toimittaja Marjut Lindbergiltä, sosiaali- ja terveystieteiden ministeri Juha Rehulalta sekä Kelan johtajilta Liisa Hyssälältä, Helena Pesolalta ja Mikael Forssilta. Näitä kirjoituksia oli julkaistu eniten vuonna 2006 ja vuosina 2011–2012.

## 7 Monikanavarahoituksen laajuus virallisissa menotilastoissa

Tutkin monikanavarahoitusta myös sosiaali- ja terveydenhuollon menotilastojen avulla. Käsitykseni mukaan monikanavarahoituksen laajuuden ymmärtämiseksi on hahmotettava järjestelmän rahoituslähteiden ja rahoituskohteiden kokonaisrahoitus euroissa ja suhteellisina prosenttiosuuksina. Vaikka virallisista tilastoista ei ole saatavissa suoraan tietoja monikanavarahoituksesta, arvioin tilastojen avulla tilastojen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän laajuutta koko maassa järjestelmätasolla. Ensin tutkin sosiaalimenotilastoon (THL 2016a) perustuen, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumenot ja tulonsiirrot on jaettu toiminnoittain sekä tehtäväryhmittäin. Seuraavaksi tutkin terveydenhuollon palveluiden kustannuksia, rahoitusta sekä lopuksi yksityiskohtaisemmin perusterveydenhuollon avoterveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa. Valtakunnallisista tilastoista ei ole saatavissa suoraan kaikkia niitä perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan kustannus- ja rahoitustietoja, jotka olisivat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen kannalta oleellisen tärkeitä.

Kohteenani ovat erityisesti vuoden 2014 kustannustiedot, jotka olivat tilastoista helpoimmin saatavilla kaikista kustannusryhmistä, ja hintatasoltaan ne lähes vastasivat vuoden 2013 tietoja<sup>96</sup>, joita tutkin yksityiskohtaisemmin Oulun perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon aineistojen avulla. Yhteenvedossa arvioin näitä aineistoja monikanavarahoituksen näkökulmasta. Lopuksi käsittelem terveydenhuollon käyttökustannusten avulla rahoituksen muutoksia rahoittajittain vuosina 2000–2016 uusimpien saatavissa olevien tilastoaineistojen avulla.

Tilastointimenetelmästä johtuen sosiaalimenotilastossa (THL 2016a) ei ole mukana kotitalouksien palvelujen käytöstä maksamaa rahoitusta. Lisäsin tämän osuuden mukaan arviointiin.

Terveydenhuoltomenotilasto (THL 2016b) sisältää julkisten menojen lisäksi asiakasmaksut. Tässä tilastossa esitetään terveydenhuollon palvelujärjestelmän kustannuksia, mutta mukana on myös ikääntyvien hoitoon ja hoivaan liittyviä kustannuksia, joita on arvioitu aikaisemmin sosiaalipalveluiden menoina. Vuonna 2014 sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset (tulonsiirrot, palvelumenot ja asiakasmaksut) olivat yhteensä 68,6 miljardia euroa, joista terveydenhuollon palveluiden käyttökustannukset olivat 19,5 miljardia euroa. Tässä tutkimuksessa näistä kustannuksista perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kustannusten osuus oli 3,2 miljardia euroa. Monikanavaisesti järjestetyn ja rahoitetun avosairaanhoidon kustannuksia ei voi yksityiskohtaisesti eritellä suoraan valtakunnallisista tilastoista. (Kuvio 9, s. 108.)

96 Vuodesta 2013 vuoteen 2014 terveydenhuollon kokonaiskustannukset kasvoivat ainoastaan 0,8 %. Tarvittaessa vuoden 2014 kustannukset voi muuttaa vuoden 2013 hintatasoon Tilastokeskuksen julkisten menojen kuntatalouden hintaindeksin (terveydenhuolto) avulla (ts. kustannukset 2014 \* 0,995 > kustannukset 2013).

**Kuvio 9.** Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset, terveydenhuollon palveluiden kustannukset sekä erityisesti perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon avoterveydenhuollon<sup>a</sup> kustannukset koko maassa vuonna 2014.



<sup>a</sup>Ei sisällä suun terveydenhoitoa.

Lähteet: THL 2016a ja b.

Kuviossa 9 esitetyt terveydenhuollon palvelut olivat reilun neljänneksen (28 %) ja arvioidut avoterveydenhuollon palvelut olivat noin 5 prosenttia 68,6 miljardin euron kokonaiskustannuksista. Avoterveydenhuoltoa oli 17 prosenttia terveydenhuollosta. Avoterveydenhuollosta kunnallisen perusterveydenhuollon osuus oli suurin (56 %). Työterveyshuollon osuus oli neljännes. Sairaanhoidovakuutuksen osin korvaamien yksityisten palvelujen osuus oli 18 prosenttia ja opiskelijaterveydenhuollon 1 prosentti<sup>97</sup> Kaikissa kustannuksissa on mukana kotitalouksien palveluiden käytöstä maksamat asiakasmaksut ja omavastuut. Avoterveydenhuollossa ei ole mukana suun terveydenhoitoa, kuntoutusta ja kotisairaanhoitoa. Opiskeluterveydenhuolto sisältää kunnalliset ja YTHS:n palvelut.

## 7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ja rahoitus

Virallisessa tilastossa (THL 2016a) sosiaalimenoihin ei sisällytetä väestön palvelujen käytöstä maksamia maksuja kotitalouksina ja työnantajien suoraa työterveyshuollon rahoitusta. Tämä rahoitus sisältyy terveydenhuollon palvelujen terveydenhuoltomenojen tilastointiin (THL 2016b). Jotta vertailtavat tilastojen tiedot ovat yhdenmukaisia, 65,6 miljardin euron sosiaalimenoihin mukaan lukien tulonsiirrot ja palvelumenot (taulukko 8), on lisättävä yksityisen palvelujen käytön rahoitus ja

<sup>97</sup> Tutkimuksen erityisen kiinnostuksen kohteena olevan työterveyshuollon palvelujen kustannukset ovat 4,3 % terveydenhuollon kustannuksista ja 1,2 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista.

omavastuuosuudet (yhteensä 3,0 mrd. €). Tällöin kokonaiskustannukset olivat 68,6 miljardia euroa vuonna 2014 (kuvio 9).

Se, että sosiaalimenoihin ei ole sisältynyt palvelujen käytöstä perittyjen maksujen ja omavastuuosuuksien yhteensä 3,0 miljardin euron (THL 2016a, liitetaulukko 10a) rahoitusta, perustuu sosiaaliturvan kansainväliseen ns. yleisen käytännön mukaiseen määritelmään. Sosiaalimenotilastoinnissa ei mukana terveydenhuollon ja muiden etuuksien kustannuksia, jotka edunsaajan on itse maksettava. Määritelmän mukaan kysymyksessä ovat kustannukset, joihin ”ei liity samanaikaista vastavuoroisuutta”. (THL 2016a, 4, 6.)

Sosiaalimenotilastoissa sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvat toimeentuloturvan tulonsiirrot ja palveluihin kohdistettavat menot. Niiden laskenta perustuu vuonna 1996 hyväksyttyyn ja vuonna 2012 päivitettyyn EU:n sosiaaliturvan tilastointijärjestelmään (ESSPROS, The European System of Integrated Social Protection Statistics). Sosiaalimenoihin lasketaan julkiset ja yksityiset sairaudesta, terveydestä, toimintarajoitteisuudesta, työkyvyttömyydestä, vanhuudesta, perheen huoltajan kuolemasta, perheistä, lapsista, työttömyydestä, asumisesta ja sosiaalisesta syrjäytymisestä aiheutuneiden toimenpiteiden tulonsiirtojen sekä palveluiden menot. (THL 2016a, 6.)

Sosiaalimenot, ilman kotitalouksien palveluiden käyttöön perustuvaa rahoitusta, olivat näiden tilastojen mukaan 65,6 miljardia euroa eli 31,9 prosenttia 205,5 miljardin euron bruttokansantuotteesta<sup>98</sup> vuonna 2014. Sosiaalimenoista kohdistui 25 miljardia euroa (38 %) vanhuuteen liittyviin menoihin. Seuraavaksi eniten varoja, reilut 15 miljardia euroa (24 %) käytettiin sairauteen ja terveyteen. Kaikista sosiaalimenoista (pl. hallinto) kohdistui tulonsiirtoihin eli toimeentuloturvaan 40 miljardia euroa (62 %). Toimeentuloturvaan sisältyvät eläkkeet, päivärahat, lapsilisät ja toimeentulotuet. Sosiaalimenoista palveluja rahoitettiin reilut 24 miljardia euroa (38 %). Asukasta kohti sosiaalimenot olivat 12 003 euroa. (THL 2016a, 6.) (Taulukko 8, s. 110.)

Valtion rahoitus oli vähimmäisturvaetuuksien, lapsilisien sekä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten valtionosuuksien rahoitusta. Työnantajien rahoitus koostui vakuutusmaksuista, tuloihin perustuvista eläkkeistä ja päivärahoista. Työntekijöiden rahoitus oli tilastossa työhön liittyviä vakuutusmaksuja, joilla rahoitettiin mm. työterveyshuoltoa ja muita vakuutuskorvauksia. Kunnat rahoittivat sen osuuden, jota ei katettu em. valtionosuuksilla, maksuilla ja sosiaalivakuutuksella. (THL 2016a, 4; taulukko 9, s. 111.)

Työnantajat rahoittivat yli puolet (57 %) toimeentuloturvan menoista, joita rahoittivat myös valtio (23 %) ja vakuutetut (18 %) sekä kunnat (2,3 %). Palvelujen rahoituksesta suurimman vastuun kantoivat kunnat (50 %) ja valtio (39,5 %). Kun tilastossa ei

<sup>98</sup> Vuonna 2012 EU-maissa sosiaalimenojen osuus bkt:sta oli keskimäärin 28,6 %. Suomessa vastaava osuus oli 30,1 % (vuonna 2013 31,2 %) (THL 2016a, liitetaulukko 8).

oteta huomioon palvelujen käytön rahoitusta, vakuutettujen (6,2 %) ja työnantajien (4,1 %) rahoitusosuudet olivat pienimmät. Sairauden ja terveyden toimeentuloturva rahoittivat eniten työnantajat (87,1 %) ja vakuutetut (11,5 %) sekä palveluita eniten kunnat (50 %) ja valtio (33 %). Sairauden ja terveyden palveluista työnantajat rahoittivat sairausvakuutuksen työterveyshuoltoa ja pakollista tapaturmavakuutusta, sekä vakuutetut muuta sairausvakuutusta ja pakollista liikennevakuutusta. (Taulukko 9.)

Sosiaalimenoja rahoitettiin lisäksi sosiaalivakuutuksen pääomatuloilla eli työeläkelaitosten ja sosiaaliturvalaitosten 3,5 miljardin euron korko- ja osinkotuloilla. Sosiaalimenojen rahoitusta oli siten 68,4 miljardia euroa, josta 32 miljardia euroa oli verorahoitusta eli alle 47 prosenttia. Verorahoitus tuli valtion (60 %) ja kuntien (40 %) kautta. Työnantajien osuus sosiaalimenojen rahoituksesta oli yli kolmannes (35 %) eli 24 miljardia euroa. Vakuutettujen osuus oli 8,9 miljardia euroa (13 %) ja sosiaalivakuutuksen pääomatulojen osuus oli 3,5 miljardia euroa (5 %). Sosiaalimenojen rahoitusta oli myös tasattu eläkerahastosiirroilla rahastoihin (suurin siirto vanhuuseläkkeisiin, 440 milj. €). (THL 2016a, liitetaulukko 10a.)

**Taulukko 8.** Sosiaalimenot kohderyhmittäin vuonna 2014<sup>a</sup>.

Sosiaalimenojen kohderyhmät	Menot, mrd. euroa	Prosenttiosuus menoista	€/asukas	Prosenttiosuudet	
				Toimeentuloturva	Palvelut
Vanhuus	24,8	37,9	4 548	90,1	9,9
Sairaus ja terveys	15,4	23,5	2 824	15,9	84,1
Toimintarajoitteisuus	7,0	10,6	1 278	61,7	38,3
Perhe ja lapset	6,6	10,0	1 199	88,8	11,2
Työttömyys	5,2	8,0	961	88,8	11,2
Muu sosiaaliturva	1,8	2,8	338	49,6	50,4
Leski ja muut omaiset	1,8	2,8	330	99,8	0,2
Asuminen	1,2	1,9	227	0	100,0
Hallinto <sup>b</sup>	1,6	2,5	300	-	-
Yhteensä <sup>b</sup>	65,6 <sup>a</sup>	100,0	12 003	61,9	38,1

<sup>a</sup>Taulukon eri sarakkeiden tiedot eivät summaudu yhteensä-riville pyöristyksistä johtuen.

<sup>b</sup>Hallinnon menoja ei jaeta.

Lähde: THL 2016a, liitetaulukot 1–3, 5b.

**Taulukko 9.** Sosiaalimenot ja niiden rahoittajat vuonna 2014.

Sosiaalimenot kohderyhmittäin	Menot, mrd. €	Rahoittajien prosenttiosuudet				
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Yhteensä
Palvelut, yhteensä <sup>a</sup>	24,3	39,5	50,2	4,1	6,2	100
Sairaus ja terveys	13,0	32,9	49,7	7,4	10,0	100
Perhe ja lapset	3,5	33,7	66,3	0,0	0,0	100
Toimintarajoitteisuus	2,7	38,7	52,2	1,4	7,8	100
Vanhuus	2,5	34,5	65,5	0,0	0,0	100
Asuminen <sup>b</sup>	1,2	100,0	0,0	0,0	0,0	100
Muu sosiaalityrva	0,9	50,9	49,1	0,0	0,0	100
Työttömyys	0,6	100,0	0,0	0,0	0,0	100
Toimeentuloturva, yhteensä <sup>a</sup>	39,0	22,7	2,3	57,0	18,0	100
Vanhuus	21,9	10,6	0,0	67,4	22,0	100
Työttömyys	4,5	55,8	5,5	28,3	10,5	100
Toimintarajoitteisuus	4,4	36,4	0,0	46,4	17,2	100
Perhe ja lapset	3,0	57,7	8,8	24,5	9,0	100
Sairaus ja terveys	2,5	1,4	0,0	87,1	11,5	100
Leski ja omaiset	1,7	5,8	0,0	70,2	24,0	100
Muu sosiaalityrva	0,9	56,2	39,9	3,9	0,0	100
Hallinto	1,6	29,9	17,6	31,7	20,9	100
Sosiaalimenot yhteensä <sup>a, c</sup>	65,0	27,7	19,5	34,7	13,0	100

<sup>a</sup>Taulukon eri rivien tiedot eivät summaudu yhteensä-riville pyöristyksistä johtuen.

<sup>b</sup>Tilastoinnissa asumistuet ovat palvelumenoja, vaikka niiden voidaan arvioida olevan tulonsiirtoja.

<sup>c</sup>Mukana ei ole sosiaalivakuutuksen pääomatuloja (3,5 mrd. €). Sosiaalimenot eivät sisällä rahastosiirtoja ja asiakasmaksuja.

Lähde: THL 2016a, liitetaulukot 6, 10a.

## 7.2 Terveydenhuollon palveluiden kustannukset ja rahoitus

Terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2014 Suomessa 19,5 miljardia euroa (THL 2016b). Laskenta perustui EU:n asetuksiin ja OECD:n, Eurostatin ja WHO:n ylläpitämään SHA (System of Health Accounts) 2011<sup>99</sup> -terveystilinpitojärjestelmään (THL 2017, 1). Kansainvälisesti SHA-järjestelmän mukaiseen tilastointiin siirryttiin

99 Suomessa otettiin 1.1.2016 käyttöön EU-maita koskevan asetuksen mukaisesti SHA 2011 -tilastointikehikko, joka korvasi aiemman ns. SHA 1.0 -kehikon. SHA-tilastointi on mahdollistanut terveydenhuoltojärjestelmän toimintojen, tuottajien, tuottajien, rahoittajien, rahoituslähteiden, voimavarojen ja investointien tarkastelun kansantalouden tilinpidon kannalta kansallisesti yhtenevästi (THL 2017). SHA-tilastointia hyödynnetään kansainvälisissä vertailuissa. Vuonna 2014 Suomen terveysmenot olivat 9,5 % bkt:sta. (THL 2016b.)



Suomessa vuonna 2008. Aiemmin tutkimukseen perustuvaa (mm. Häkkinen 1988) tilastointia oli tuotettu Kelassa, josta tilastointi siirtyi Stakesille vuonna 2001 (Moilanen ym. 2008) ja THL:lle vuonna 2009.

Taulukossa 10 esitän terveydenhuoltomenojen jakauman toiminnoittain ja rahoittajien osuudet niin, että julkinen rahoitus on eritelty valtion ja kuntien (12 mrd. €) sekä valtion Kelan kautta maksamaan sairausvakuutuksen (2,6 mrd. €) rahoitukseen. Yksityinen rahoitus (4,8 mrd. €) koostui kotitalouksien (3,7 mrd. €), työnantajien (0,5 mrd. €), yksityisten vakuutusten (0,4 mrd. €) sekä avustuskassojen ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen (yht. 0,15 mrd. €) rahoituksesta. Taulukossa 10 valtion ja kuntien rahoitusosuus on yhtä suuri (90,9 %) sekä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Yksityisistä rahoittajista kotitalouksien rahoitusosuus on erikoissairaanhoidossa (3,8 %) kaksinkertainen verrattuna perusterveydenhuoltoon (1,7 %). (THL 2016b, liitetaulukko 7a.)

**Taulukko 10.** Terveydenhuoltopalvelujen kustannukset ja rahoitus vuonna 2014.

Terveydenhuoltomenot toiminnoittain <sup>a</sup>	Menot mrd. €	Prosenttiosuus menoista yhteensä	€/asukas	Rahoittajien prosenttiosuudet		
				Valtio ja kunnat	Kela	Yksityiset yhteensä
Erikoissairaanhoido	6,8	35,1	1 252	90,9	0,0	9,1
Perusterveydenhuolto pl. työ- ja opiskeluth ja suun th	3,2	16,2	579	90,9	0,0	9,1
Ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoido <sup>b</sup>	2,8	14,4	516	83,0	0,0	17,0
Reseptilääkkeet (sv) ja muut lääkkeet <sup>c</sup>	2,4	12,3	439	0,0	54,0	45,6
Suun terveydenhuolto ml. sv	1,1	5,8	207	26,8	11,5	59,9
Yksityinen th (sv)	1,1	5,4	193	5,3	36,0	58,7
Työterveyshuolto ja opiskeluterveydenhuolto <sup>d</sup>	0,9	4,5	162	6,9	40,9	52,2
Hoitolaitteet ja muut	0,4	2,3	81	0,0	0,0	100,0
Matkat (sv)	0,4	1,9	64	6,7	82,7	10,9
Hallinto	0,3	1,7	62	59,7	29,9	10,3
Yhteensä <sup>e</sup>	19,5	100,0	3 569	62,3	13,3	24,4

<sup>a</sup>th = terveydenhuolto, sv = sairausvakuutuksen osin korvaamat palvelut

<sup>b</sup>Ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon käyttömenot pl. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoito. Vanhusten laitoshoidon ja kotihoidon käyttömenot ml. investoinnit olivat yht. 3,7 mrd. €.

<sup>c</sup>Sisältää avohoidon reseptilääkkeet (sv) 2,0 mrd. €, itsehoitolääkkeet ja lääkinnälliset kulutustavarat, mutta ei sairaalalääkkeitä (0,5 mrd. €), jotka sisältyivät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menoihin.

<sup>d</sup>Työterveyshuollon menot olivat yhteensä 839 miljoonaa euroa.

<sup>e</sup>Yhteensä-rivi sisältää myös Kelan korvaaman ulkomailla annetun terveydenhoidon (11 milj.€) ja valtion vankeinhoitolaitoksen ja puolustusvoimien terveydenhoidon pl. suun terveydenhoito (50 milj. €).

Lähde: THL 2016b, liitetaulukko 7a.

### 7.3 Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon kustannukset ja rahoitus

Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon palvelujen kustannukset ovat 3,2 miljardia euroa koko maassa vuonna 2014 (THL 2016b, taulukko 7a). Mukaan on otettu tutkimuskohdetta vastaavia julkisen ja yksityisen perusterveydenhuollon avohoidon, työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon (pl. suun terveydenhoidon, kuntoutuksen ja kotisairaanhoidon palvelut)<sup>100</sup>. Kustannuksia ja rahoitusta on eritelty erikseen lääkäreiden tai muun henkilökunnan tuottamina palveluina tai palvelun järjestäjän tai tuottajan mukaan (taulukko 11). Luvun 7 alussa kuviossa 9 esitin näiden neljän palvelukanavan osuuden sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista ja terveydenhuollon palveluiden kustannuksista.

**Taulukko 11.** Kunnallisen avoterveydenhuollon, työterveyshuollon, yksityisten (osin sairausvakuutuksesta korvattujen) ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden kustannukset ja rahoittajat<sup>a</sup> vuonna 2014.

Kunnallinen perusterveydenhuollon avohoido (pth), työterveyshuolto (th), sairausvakuutuksen osin korvaama (sv)	Kustannukset, milj. €	€/asukas	Rahoittajien prosenttiosuudet			
			Valtio ja kunnat	Kela	Työnantajat	Kotitaloudet
Pth:n lääkärikäynnit	673,4	123	94,3	0,0	0,0	5,7
Pth:n muu avohoido <sup>b</sup>	1 012,7	185	95,7	0,0	0,0	4,3
Työterveyshuolto, yksityiset <sup>c</sup>	662,8	121	0,0	41,8	58,2	0,0
Työterveyshuolto, (pth) <sup>c</sup>	176,1	32	21,0	39,3	39,7	0,0
Yksityiset lääkäripalvelut (sv)	381,9	70	0,0	19,0	0,0	81,0
Yksityiset tutkimukset (sv) <sup>b</sup>	204,7	37	0,0	22,1	0,0	77,9
Opiskelijaterveydenhuolto, YTHS	24,5	5	21,6	60,0	0,0	18,4
Opiskelijaterveydenhuolto, kunnat	20,4	4	93,8	0,0	0,0	6,2
Yhteensä em. toiminnot	3 156,4	577	52,8	15,2	14,4	17,6

Huom! Yhteensä terveydenhuoltomenot olivat 19,5 mrd € eli 19 528,1 milj. € vuonna 2014. Asukasluku oli 5 471 753 (31.12.2014).

<sup>a</sup>Ei sisällä ole suun terveydenhoitoa, kotisairaanhoidon ja kuntoutusta.

<sup>b</sup>Ei sisällä kuntoutusta, kotisairaanhoidon ja suun terveydenhoitoa. Yksityiset palvelut eivät sisällä psykologisia tutkimuksia.

<sup>c</sup>Terveydenhuollon menot -raportissa (THL 2017) työterveyshuollon menot on eritelty perusterveydenhuoltoon ja yksityiseen sen mukaan mistä osasta palveluista kunnille ja kuntayhtymille on muodostunut myyntituloja. Koska työterveyshuollon järjestäminen on työnantajan lakisääteinen velvollisuus, ovat valtion ja kuntien rahoitusosuudet niiden menoja työnantajina.

Lähde: THL 2016b.

Avoterveydenhuollon noin 3,2 miljardin euron kustannuksia rahoitettiin pääosin valtion ja kuntien (56 %) ja Kelan kautta sairausvakuutuskorvauksina (14 %). Työterveyshuollon kokonaisrahoituksesta vastasivat enimmäkseen työnantajat suoraan (58 %),

<sup>100</sup> Tilaston (THL 2016b) tietojen määritelmien perusteella ja näiden rajausten avulla pääsin lähimmäksi tutkimuskohteina perusterveydenhuoltotasosta avoterveydenhuoltoon ja sen avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa. Esim. Oulun alueen kotisairaanhoidon eivät kuuluneet laajat kotipalvelut, jotka THL:n (2016b) tilastointiin liittyvässä muutoksessa laskettiin yhteen kotipalvelujen kanssa.

ja loput korvauksista rahoitettiin työnantajille Kelan työtulovakuutuksesta (42 %). Taulukossa 11 on esitetty erikseen kuntien ja valtion työnantajina perusterveydenhuollossa järjestämä työterveyshuolto (176 milj. €), josta kunnat ja valtio rahoittivat työnantajina suoraan 21 prosenttia eli 37 miljoonaa euroa. Kotitaloudet rahoittivat asiakasmaksuina kunnallista avoterveydenhuoltoa (62 milj. €) ja opiskeluterveydenhuoltoa (n. 6 milj. €) sekä omavastuuosuuksina yksityisiä palveluita (468 milj. €). Kotitalouksien rahoituksesta valtaosa kohdistui yksityisiin palveluihin (87 %) ja loput kunnallisiin palveluihin (12 %) ja opiskeluterveydenhuoltoon (1 %). (Taulukko 11.)

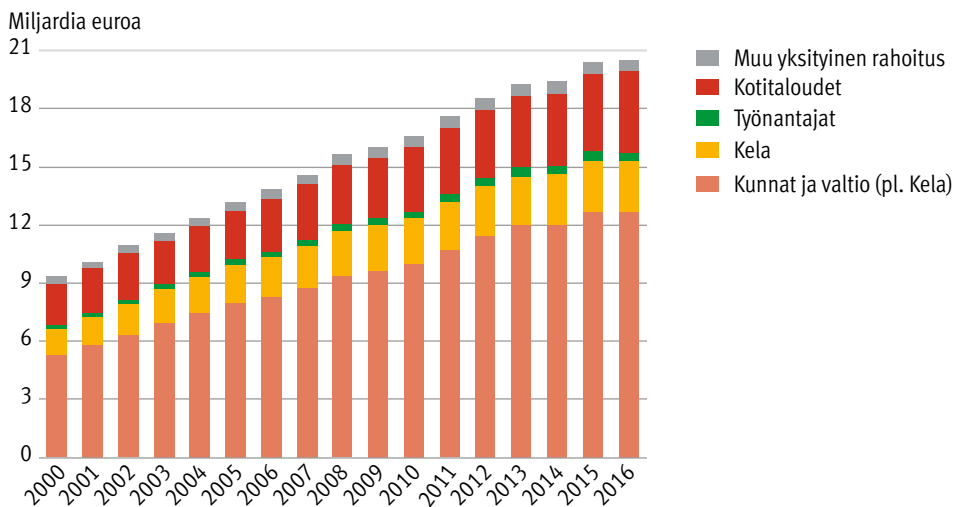
#### 7.4 Tilastotarkastelun yhteenveto

Virallisten koko maan kustannus- ja rahoitustilastojen perusteella useisiin kohteisiin kohdistuvat tulonsiirrot ja palveluiden kustannukset on rahoitettu pääasiassa kolmen tai neljän rahoittajan avulla. Monikanavainen rahoitus ei liity pelkästään tutkimuksen kohteeksi valittuun avoterveydenhuoltoon perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa (taulukot 8–11), vaan laajasti koko järjestelmään. Yksityinen palveluiden käyttöön liittyvä rahoitus (3,0 mrd. €) muodostaa merkittävän rahoituslähteen, joka on tilastointiin liittyvien menettelyjen takia jätetty pois sosiaalimenoraportin (THL 2016a) laskelmista (taulukko 8). Toisaalta yksityinen rahoitus on mukana terveydenhuollon palveluiden rahoituksessa (taulukko 11). Kun kaikissa tilastoissa ei ole ollut mukana kotitalouksien ja muun yksityisen rahoituksen osuutta, erilaiset tilastointimenetelmät ovat saattaneet johtaa yksityisen rahoituksen aliarviointiin.

Vuonna 2016 terveydenhuollon palveluiden käyttökustannukset olivat yhteensä 20,5 miljardia euroa (THL 2018a). Kustannukset ovat kasvaneet vuosina 2000–2016 vuosittain keskimäärin noin 3 prosenttia (2010-luvulla +2 %/vuosi), kun rahan arvon muutos on otettu huomioon. Voimakkainta kasvu oli vuoteen 2008, joka jälkeen se hidastui.

Julkisen rahoituksen osuus on vuodesta 2003 alkaen ollut noin 75 prosenttia. Yksityisestä rahoituksesta kotitalouksien rahoitusosuus on vuodesta 2012 (18,8 %) nousut vuoteen 2016 (20,4 %). Kokonaiskustannusten kasvu on melko tasaista. (Kuvio 10, s. 115.)

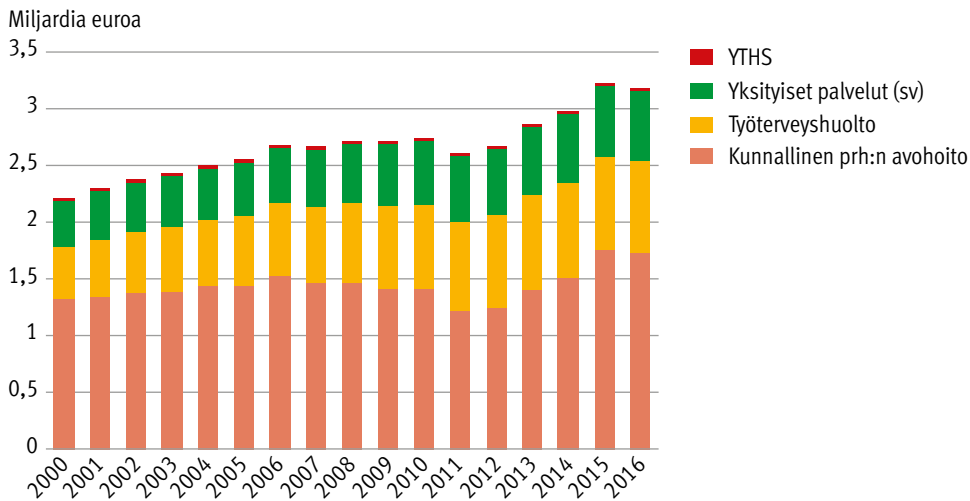
Virallisissa terveystilastojen kustannustilastoissa ei ole julkaistu erittelyjä, miten arvioidut avoterveydenhuollon kustannukset ovat kehittyneet rahoittajittain vuosina 2000–2016. Vuonna 2016 kyseiset avoterveydenhuollon kustannukset olivat 3,4 miljardia euroa. Kun verrataan terveydenhuoltotilastojen (THL 2016b ja 2018) tietoja vuodesta 2014 vuoteen 2016, havaitaan avoterveydenhuollon kustannusten nousseen 7,7 prosenttia eli nopeammin kuin koko terveydenhuollossa. Kotitalouksien asiakasmaksut ja omavastuuosuudet ovat nousseet peräti 15 prosenttia, mikä johtuu osin siitä, että sairausvakuutuksen korvauksia on vähennetty (–6,3 %). Kuntien ja valtion muu kuin Kelan kautta rahoitettava osuus on kasvanut 11 prosenttia. Työnantajien rahoitusosuus säilyi ennallaan, kun arviointivuosien tiedot perustuivat niiden kyseisen vuoden hintatasoon.

**Kuvio 10.** Terveydenhuollon rahoittajat vuosina 2000–2016 käyvin hinnoin.

Lähde: THL 2018a.

Vuosina 2000–2016 palvelukanavista työterveyshuollon kustannusten kasvu on ollut voimakkainta, ja tämä kasvu on ollut nopeampaa (72 %) kuin terveydenhuollon kustannusten kasvu yhteensä (58 %). Kunnallisessa perusterveydenhuollossa kasvu on ollut 32 prosenttia ja yksityisissä sairausvakuutuksen korvaamissa palveluissa 53 prosenttia. YTHS:n palveluiden kustannukset ovat vastaavasti laskeneet. Työterveyshuollon menojen kasvu on ollut voimakkaampaa verrattuna erikoissairaanhoidon menojen kasvuun (56 %). Palvelukanavista euromääräisesti suurin kasvu on ollut perusterveydenhuollossa (386 milj. €) ja työterveyshuollossa (309 milj. €). Arvioituista palveluista yksityispalvelujen kustannukset ovat kasvaneet 184 miljoonaa euroa ja YTHS:n kustannukset ovat laskeneet 3 miljoonaa euroa. (Kuvio 11, s. 116.) Vuoden 2008 jälkeen kunnallisen perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset kääntyivät laskuun ja vastaavasti työterveyshuollon kustannukset kasvoivat. Vasta vuonna 2015 kunnallisen avoterveydenhuollon kustannukset olivat kasvaneet suuremmiksi kuin ne olivat olleet vuonna 2006. (THL 2018a; kuvio 13.) Kun työterveyshuollon kustannuskehitystä on arvioitu vuosina 1997–2013, työterveyshuollon muita palveluita nopeampaa menojen kasvua on selittänyt osin se, että palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrä kasvoi 28 prosenttia vuosina 1997–2008 (Hujanen ja Mikkola 2016, 1538).

**Kuvio 11.** Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon, työterveyshuollon, yksityisten palveluiden (osin sairausvakuutuksen korvaamien) ja YTHS:n palveluiden<sup>a</sup> kustannukset vuosina 2000–2016, vuoden 2016 hinnoin.



<sup>a</sup>Palveluiden kustannuksissa ei mukana suunterveydenhoitoa, kuntoutusta ja kotisairaanhoidoa.

Lähde: THL 2018a.

Kuviossa 11 kunnallinen perusterveydenhuolto sisältää kunnallisesti järjestetyn opiskeluterveydenhuollon sekä kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut yksityisiltä, mutta se ei sisällä suun terveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa ja kuntoutusta. Työnantajien järjestämässä työterveyshuollossa on kunnallisesti ja yksityisesti järjestetty työterveyshuolto. Sairausvakuutuksen osin korvaamiin yksityisiin palveluihin kuuluvat yleis- ja erikoislääkäripalvelut sekä tutkimus ja hoito mutta ei kuntoutusta (kuvio 11).

Koko monikanavaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän laajuuden hahmottaminen tilastojen kautta auttaa ymmärtämään, mitä palveluita ja tulonsiirtoja väestölle monikanavaisessa rahoitus- ja palvelujärjestelmän kokonaisuudessa kohdistuu. Kuitenkaan valtakunnallisista virallista tilastoaineistoista ei ole saatavissa tietoja avoterveydenhuollon palvelujen rahoituksen kehityksestä eikä erityisesti avosairaanhoidon palvelujen rahoituksen ja kustannusten kehityksestä koko maan tasolla.

## 8 Monikanavaraitus perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon ongelmana

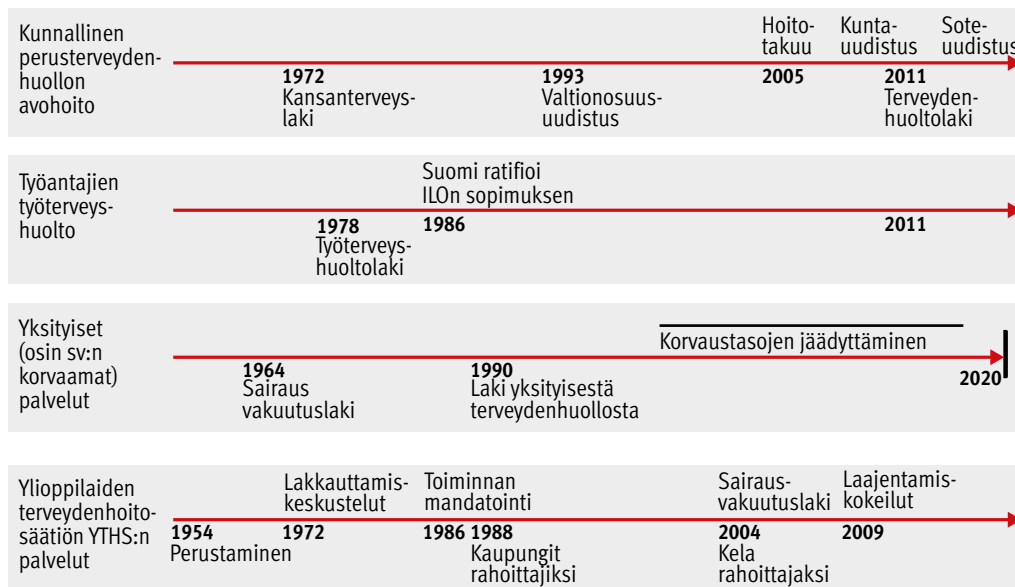
Pohjoismaiseen hyvinvointivaltioajatteluun perustuva voimavarojen lisääminen ja palveluiden kehittäminen vahvisti sairausvakuutuksen ja kansanterveystyön erillisyyttä 1980-luvulle asti. Terveydenhuollosta tuli vahvojen, ristiriitaisten kehittämissideiden, kunnallisen itsehallinnon ja työmarkkinoiden työterveyshuollon, pirstaleinen kokonaisuus. Kansanterveystyötä ja laajemmin julkista terveydenhuoltoa, sairausvakuutusta sekä työterveyshuoltoa eriytettiin erillisillä lainsäädännöillä. Jokaisten palvelukanavan kehittämiseen on liittynyt omat polkuriippuvuutensa, jotka korostivat niiden erillisyyttä. (Vrt. Mattila 2011, 319.)

### 8.1 Avoterveydenhuollon palvelukanavien erillisyyttä vahvistavat tekijät

Mattila (2011, 318–319) on kuvannut Suomen terveydenhuollossa kolme erillistä polkua: julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto ja sairausvakuutus. Tutkimuksessa ni nimeän kokonaisuuden neljäksi perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon rinnakkaiseksi palvelukanavaksi, joita ovat kunnallinen perusterveydenhuollon avohuolto, työnantajien työterveyshuolto ja yksityiset, osin sairausvakuutuksen korvaamat palvelut sekä YTHS:n. Palvelukanavilla on ollut erillisyyttä vahvistavia rakenteita, ja ne ovat siiloutuneet omiksi palvelukanavikseen (ks. Mattila 2011, 170, 319). Luvussa 5 olen tutkinut monikanavaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän yleistä, lainsäädäntöön perustuvaa institutionaalista kehitystä, joten käsittelen seuraavassa erityisesti neljän palvelukanavan erillisyyttä vahvistaneita tekijöitä (kuvio 12, s. 118).

Oleellista on huomata se, että arvioidut palvelukanavat eivät ole puhtaasti julkisia tai yksityisiä. THL:n (2018) mukaan yksityisten ostopalvelujen osuus kunnallisen perusterveydenhuollon (pl. työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto ja suun terveyden huolto) kustannuksista vuonna 2016 oli 8,2 prosenttia (228 milj. € / 2 786 milj. €), mutta kyseisistä ostopalveluista ei voida eritellä avo- ja laitoshoidon. Yhteensä perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset ilman ostopalveluja olivat 1 772 miljoonaa euroa. Työterveyshuollon kustannuksista (809 milj. €) muodostui 81,6 prosenttia (660 milj. €) yksityisten palveluntuottajien työterveyshuollossa ja loput pääasiassa kunnallisten palveluntuottajien työterveyshuollossa. Sairaanhoitovakuutuksesta korvatut palvelut ovat olleet lain (L 1224/2004) mukaan yksityisten palveluntuottajien tuottamia, sillä korvauksia ei makseta mm. kunnallisesti järjestetyistä palveluista. YTHS:n palveluissa on ostopalveluina lähinnä yksityisiltä palveluntuottajilta ostettuja tutkimuksia, mutta pääasiassa palvelut ovat säätiön itsensä tuottamia.

**Kuvio 12.** Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan erillisyyttä vahvistaneita lainsäädäntömuutoksia ja muita vaikutteita.



### 8.1.1 Kunnallisesti järjestetty perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto

Kunnallisen perusterveydenhuollon avohoito on arvioidusta neljästä avoterveydenhuollon palvelukanavasta instituutiona toiminnan laajuuden ja rahoituksen näkökulmasta suurin (ks. kuvio 11). Mattilan (2011, 170, 190) mukaan tämä kunnan järjestämisvelvollisuuteen ja kansanterveysjärjestelmään perustuva kokonaisuus on ollut pääpolku järjestelmässä, jossa sairausvakuutuksella ja työterveyshuollolla on sivupolkujen roolit. Rungas säätely on vahvistanut polkujen erillisyyttä (ks. Mattila 2011, 170, 190).

Sosiaali- ja terveysten palvelujen järjestämisvastuu on ollut lakiin (L 733/1992, 4 §) perustuen kunnan vastuulla. Kunnallisen järjestelmän rahoitus on muodostunut pääasiassa kuntien rahoitukseen verovaroista ja valtion maksamista valtionosuuksista. Kunta on voinut tuottaa palvelut yhdessä muiden kuntien kanssa, kuntayhtymän jäsenenä tai itse tai hankkimalla ne valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä, muulta julkiselta tai yksityiseltä toimijalta tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Saman lain 3 §:n perusteella kunnan on pitänyt osoittaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon resursseja saadakseen voimavaroja. Valtion kunnille maksamista valtionosuuksista suurin osa on ollut peruspalvelujen valtionosuutta, joka perustui kuntien laskennallisiin käyttökustannuksiin, ja sitä koskevassa laissa (L 1704/2009) muun muassa asukaslukuun, ikärakenteeseen ja työttömyysasteeseen. Lain 55 §:n perustuen kunnan omarahoitusosuus oli 65,92 prosenttia ja valtionosuus oli 34,08 prosenttia. Kuntien uusissa ja laajentuissa tehtävissä valtionosuus oli ollut 50 prosenttia tehtävien laskennallisista

kustannuksista. Vuodesta 2015 peruspalvelujen valtionosuus (L 676/2014) pohjautui väestön ikärakenteeseen ja muiden laskennallisten kriteerien lisäksi THL:n tutkimukseen (Vaalavuo ym. 2013) perustuviin sairastavuuskertoimiin. Kunta sai asiakasmaksulain (L 734/1992) mukaan periä palvelujen käyttöön liittyviä asiakasmaksuja, joista oli määritelty yksityiskohtaisesti asetuksessa (VNa 912/1992).

Terveydenhuoltolaissa (3§, L 1326/2010) perusterveydenhuollolla on tarkoitettu väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja palveluita. Erillismääritelmiä oli terveysneuvonnasta ja tarkastuksista (13 §), opiskeluterveydenhuollosta (17 §), työterveyshuollosta (18 §) ja sairaanhoidosta (24 §). Lakiin perustuen perusterveydenhuoltoon on voitu pitää edelleen kansanterveystyönä, kun erikoissairaanhoito on sairauksien ehkäisyä sekä hoitoja lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisaloilla. Palvelurakenteista on ollut säädöksiä kansanterveyslaissa (L 66/1972), erikoissairaanhoitolaissa (L 1062/1989), laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994), potilaiden asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), työterveyshuoltolaissa (L 1383/2001) ja mielenterveyslaissa (L 1116/1990). Säädöksiin on tehty useita ajankäytön muutoksia.

2010-luvulla perusterveydenhuollon palveluja tuotettiin noin 160 terveyskeskuksessa, joista lähes kaikilla oli useita terveysasemia. Terveyskeskuksen palveluita ovat muun muassa lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot, neuvolat, koulu- ja opiskelijahuolto ja päivystys. Jokaisen kunnan oli erikoissairaanhoitolain (L 1328/2010) mukaan kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään, joka vastasi alueen erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Vaikka palveluiden järjestämisvelvoitteista on ollut runsaasti säädöksiä, toimintojen laajuudet, yksityiskohtaiset sisällöt, järjestämistavat sekä yhteistyö kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä on voitu määritellä paikallisesti. Kunnan asioista on päättänyt vaaleilla valittava kunnanvaltuusto (STM 2018b).

### 8.1.2 Työntekijöiden järjestämä työterveyshuolto

Monikanavarahoituksen kokonaisuudessa työterveyshuollon erillisuus vaikuttaa voimakkaalta. Erillisenä polkuna sen kehitys liittyi työterveyshuoltolakiin (L 743/1978), mutta Husmania (2010, 56–57) tulkiten sillä on ollut runsaasti omia tavoitteita ja sisältöjä, joita muulla terveydenhuollolla ei ole ollut. Työterveyshuollon keskittymisen 1960-luvulla perustui työntekijöiden tuottamaan avosairaanhoitoon. Työterveyttä uhkaavien vaarojen ja haittojen ehkäisyn painottaminen liittyi 1980-luvulla työmarkkinasopimuksiin. Työterveyshuoltolain vaikutuksesta 1980- ja 1990-luvuilla painotettiin työpaikkojen merkitystä ja 2000-luvulta korostettiin työkykyä tukevaa työterveyshuoltoa. (Husman 2010, 56–57.)

Perustuslain (L 731/1999) mukaan julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta, mitä myös säädellään useissa eri laeissa. Työsopimuslakia (L 55/2001) on noudatettava työn laadusta riippumatta kaikissa olosuhteissa. Työnantaja vastaa työtur-



vallisuudesta ja tapaturmien ehkäisemisestä, kuten työturvallisuuslaissa (L 738/2002) määritellään. Lain tavoitteena ovat työympäristön ja työolosuhteiden parantaminen ja ammattitautien ja työtapaturmien sekä muiden terveydellisten haittojen ehkäisy. Työterveyshuoltolaissa (L 1383/2001) työnantajalla on lakisääteinen velvoite järjestää kustannuksellaan ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen sekä -haittojen estämiseksi. Lain mukaan työnantajien on suojeltava työntekijöiden turvallisuutta, työkykyä ja terveyttä. Työnantajien on noudatettava sekä työturvallisuuslakia että työterveyshuoltolakia. Lakisääteisen ennalta ehkäisevän toiminnan lisäksi yhteiskunta on kannustanut työnantajia järjestämään vapaaehtoisesti sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa (sairausvakuutuslaki L 1224/2004) maksamalla palveluiden järjestämisestä korvauksia työnantajille. (Ks. myös Räsänen 2010, 47–52; Husman 2010, 61.)

Työterveyshuolto on poikennut kunnallisesta terveydenhuollosta lainsäädännön ja päätöksentekojärjestelmien lisäksi erityisesti siten, että sairaanhoidon järjestäminen on työnantajille vapaaehtoista. Tämä on vaikeuttanut tarkkojen suunnitelmien tekemistä työterveyshuollosta (ks. Mattila 2011, 284). Työnantajien ja yrittäjien, joiden vastuulla on työterveyshuollon järjestäminen, on työterveyshuoltolain (L 1383/2001) mukaan järjestettävä kustannuksellaan työterveyshuoltoa (sisältö lueteltu 12 §:ssä) eli ns. Kelan korvausluokkaan I kuuluvaa ehkäisevää ja työkykyä ylläpitävää toimintaa. Työterveyshuoltolain (L 1383/2001) 14 §:n mukaan työnantaja voi järjestää sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja eli ns. Kelan korvausluokkaan II kuuluvia palveluja. Työnantajat voivat saada palvelujen järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin korvauksia (9 §), jotka Kela vuosittain määrittelee. Korvattavia ovat määritellyt palvelut, joita ovat tuottaneet työterveyshuollon ammattikoulutuksen saaneet lääkärit ja terveydenhoitajat sekä fysioterapeutit, psykologit ja muut asiantuntijat, joilla on riittävät tiedot. Työnantajat ovat voineet tuottaa työterveyshuollon palvelut ostamalla ne terveyskeskukselta tai kunnallista liikelaitokselta, yksityiseltä lääkäriasemalta, muulta palveluntuottajalta tai tuottaa ne itse joka yksin tai muiden työnantajien kanssa.

Vuoden 2011 alusta sairausvakuutuslain muutoksen mukaan (L 1056/2010) Kela korvasi työnantajille 60 prosenttia ennaltaehkäisevän työterveyshuollon menoista, jos työnantaja, työntekijät ja työterveyshuolto sopivat ”työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen käytännöistä ja periaatteista”. Työnantajille on maksettu korvauksia enintään 50 prosenttia sairaanhoidosta ja muusta hoidosta (ei hammashoidosta). Sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolain 1.6.2012 voimaan tulleiden muutosten (HE 75/2011) avulla parannettiin mahdollisuuksia puuttua aikaisempaa varhaisemmin pitkittyviin työkyvyttömyyksiin. Työterveyshuollossa työntekijän työkyky on arvioitava viimeistään, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivää. Työnantajan on selvitettävä yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa, voiko työntekijä jatkaa työssä, jos työkyky heikkenee. Säädosmuutokset vahvistivat työterveyshuollon tehtävää edistää työssä olevan väestön terveyttä, toiminta- ja työkykyä työuran eri vaiheissa (HE 67/2010). Jo hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työnantajan ja

työterveyshuollon oli yhteistyössä tehtävä työterveyshuoltosopimus ja työpaikkaselvitykseen perustuva työterveyshuoltosuunnitelma (VNa 1484/2001).

Kuntien, joilla on terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu, on terveydenhuoltolain (L 1326/2011) mukaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymien kautta otettava huomioon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallisessa kokonaisuudessa myös julkisen työterveyshuollon järjestämissuunnitelmat. Yhteistyön on arvioitu olleen ongelmallista työterveyshuollon vaikuttavuuden arvioinnin Indikaattori-hankkeessa (Viljamaa ym. 2012, 78). Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) ei ole mainittu yksityisen työterveyshuollon järjestämissuunnitelmista.

Valtioneuvosto oli vahvistanut periaatepäätöksellään (STM 2004) työterveyshuollon kehittämislinjaukset vuoteen 2015, missä se oli esittänyt työterveyshuollon sisältöön ja järjestelmän rakenteisiin liittyviä kehitystarpeita. Vuonna 2008 alkaneen taloudellisen laman<sup>101</sup> myötä työterveyshuollon merkitys korostui terveydenhuollon kokonaisuudessa. Vuosina 2007–2010 työterveyshuoltoon liittyvä keskustelu painottui työkyvyn ylläpitämiseen ja työurien pidentämiseen sekä työterveyshuollon palvelujen laajentamiseen irtisanotuille ja työttömille. (Mattila 2011, 283; Niemelä 2014, 301.)

Työterveyshuollon erityisyyttä terveydenhuollossa korostaa se, että työmarkkinaosa-  
puolten allekirjoittaman vuoden 2017 työeläkeuudistusta koskevan sopimuksen mukaan ”työterveyshuollolla on suuri merkitys työurien pidentämisessä”. Elinkeinoelämän Keskusliiton (EK), Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestön (SAK), Toimihenkilökeskusjärjestön (STTK) ja Akateemis-ammattillisen valtuuskunnan (Akava) mukaan ”työterveyshuollon rahoitus tulee säilyttää nykyisellään” (Sopimus vuoden 2017 työeläkeuudistuksesta 2015, 9).

Sipilän hallitus ja työmarkkinakeskusjärjestöt allekirjoittivat kilpailukyky sopimuksen kesäkuussa 2016, jossa työnantajien sosiaalivakuutusmaksut alenevat vuosina 2017–2021. Rahoitus siirtyisi osittain palkansaajien rahoitettaviksi kasvattaen valtion osuutta sairausvakuutuksen menoista (VM 2016a). Työnantajien sairausvakuutusmaksun alentaminen vähentäisi sairausvakuutuksen rahoitusta (vuosittain 800 milj. € vuosina 2017–2019 ja vuodesta 2010 alkaen 500 milj. €), mikä rahoitettaisiin valtion muista varoista. Sopimuksessa sovitun työttömyysvakuutusmaksun osittaisen siirron työnantajilta palkansaajille ei oletettaisi vaikuttavan vakuutusmaksurahastojen rahoitukseen. (VM 2016b.)

### 8.1.3 Sairausvakuutuksen osin korvaamat yksityiset palvelut

Neljän palvelukanavan kokonaisuudessa yksityisten palvelujen korvaamisella sairausvakuutuksesta on ollut oma institutionaalinen historia, jota käsiteltiin yleisesti

<sup>101</sup> Globaalin rahatalouden finanssikriisin vaikutuksesta Suomen talous oli taantunut ja mm. julkisen talouden kestävyysvajeeksi oli arvioitu 5 % bkt:sta, mikä vastasi n. 10 mrd. € sopeutustarvetta vuosina 2012–2015 (VM 2010, 13).

sairausvakuutuslain (L 364/1963) kehityksen yhteydessä (luku 3.1.1). Yksityisten lääkäripalkkioiden korvaaminen aloitettiin julkisesta sairausvakuutuksesta vuonna 1967, sillä julkisesti järjestetty avohoito oli kehittymätöntä. Tarkoituksena oli mahdollistaa yksityiset palvelut väestölle yhtenä vaihtoehtona. Työnantajat olivat järjestäneet työterveyshuoltoa osin julkisen avohoidon kehittymättömyyden seurauksena jo vuosikymmeniä. Sairausvakuutuksella oli rooli yksityisen sairaanhoidon korvaamisessa, ja työterveyshuolto lakisääteistettiin vuonna 1978. Silloin muodostui monikanavarahoituksen kokonaisuus, jonka keskellä oli työterveyshuolto ja vastakkaisilla laidoilla julkinen ja yksityinen sektori (ks. Mattila 2011, 127, 155, 164, 177).

Sairaanhoitovakuutuksesta korvattiin kunnallisten palvelujen kustannuksia viimeisen kerran 1988 (luku 3.1.1). 2000-luvulla yksityisten terveyspalvelujen tarjonta kasvoi voimakkaasti ja arviolta neljännes sosiaali- ja terveyspalveluista oli yksityisten tuottamia. Yksityiset palveluntuottajat täydensivät julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Yritykset, järjestöt ja säätiöt saivat tuottaa palveluja kunnille, kuntayhtymille ja muille toimijoille. Vuonna 2017 Manner-Suomen 544 terveysasemasta 25 kuului kuntien tekemien kokonaisulkoistusten piiriin ja 25 oli ulkoistettu yksityisinä terveysasemina. Terveyspalvelujen 150 järjestämisvastuullisesta kunnasta 13 oli ulkoistanut terveysasemansa kokonaan ja 14 osan palveluista (Parhiala ja Hetemaa 2017,2; ks. myös STM 2018c). Kunnallisen tai työnantajan järjestämisvastuun piiriin kuuluvista yksityisistä palveluista ei ole maksettu sairausvakuutuskorvauksia (L 1224/2004).

Yksityisten lääkäripalvelujen kustannusten korvaaminen sairausvakuutuksesta on ollut jatkuvasti poliittisen keskustelun aiheena. Esimerkiksi 2010-luvulla (luku 5.3.2) korvauksia ehdotettiin poistettavaksi (mm. Mattila 2011, 129). Jo 2000-luvulla korvausten taso jäädytettiin niin, että vuonna 2017 yksityisten lääkäri- ja sairaanhoitokäyntien, tutkimusten ja hoidon kustannusten korvaukset vastasivat yksityisten palveluntuottajien asiakkailta perimän toimistomaksun suuruutta. Kun asiakkaat maksoivat itse noin 80 prosenttia kustannuksista, palveluiden käytön kustannukset olivat kaukana siitä, mitä ne olisivat olleet sairausvakuutuksen alkuperäisen tavoitteen mukaisesti. Sairausvakuutuslain (L 364/1963) mukaan yksityisten palveluiden käytön oli tarkoitus olla vaihtoehto kunnallisille lääkäripalveluille. Vuonna 2014 potilaat rahoittivat asiakasmaksuina terveyskeskuksen lääkäri- ja sairaanhoitokäynneistä vajaat 6 prosenttia. (ks. THL 2016b, liitetaulukko 7a).

Yksityisen sektorin osin sairausvakuutuksen korvaamia palveluita säädeltiin erikseen laissa yksityisestä terveydenhuollosta (L 152/1990) ja asetuksessa yksityisestä terveydenhuollosta (VNa 744/1990). Yksityisten terveydenhuoltopalvelujen antaminen on ollut luvanvaraista, mutta jos itsenäinen ammatinharjoittaja tuottaa palveluja tai jos työnantaja järjestää työterveyshuollon lakisääteiset palvelut, lupia ei tarvita. Valtakunnallisesti lupien valvonnasta vastasi Valvira eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Alueellisesti valvonnasta ovat vastanneet aluehallintovirastot ja kun-

nissa terveystoimet tai vastaavat toimijat. (STM 2018c.) Vuoden 2016 yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisen työryhmän (STM 2016c, 7) mukaan sote-uudistuksen myötä luovuttaisiin voimassa olevista lupa- ja ilmoitusmenettelyistä ja kaikkia palveluntuottajia säädeltäisiin niiden oikeudellisesta asemasta riippumatta. Valviran ja aluehallintovirastojen tehtävät säilyisivät ennallaan, mutta kuntien lupa- ja valvontatehtävät poistettaisiin. Uuden lainsäädännön avulla on tarkoitus muun muassa varmistaa laadultaan hyvät yksityiset palvelut, lisätä tuottajien vastuuta palvelujen turvallisuudesta ja asianmukaisuudesta. (STM 2016c, 7).

#### 8.1.4 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön YTHS:n palvelut

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) on arvioitavista monikanavarahoituksen rinnakkaisista palvelukanavista pienin. YTHS on järjestänyt ja tuottanut opiskeluterveydenhuollon palveluja yliopisto-opiskelijoille. Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) 17 §:n mukaan kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten, korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille riippumatta heidän kotipaikastaan. Opiskeluterveydenhuollon yhtenäinen laatu- ja palvelutaso varmistettu asetuksessa (VNa 338/2011). Kuntien suostumuksella YTHS on järjestänyt terveydenhoitopalvelut (STM 2018f) maan kaikille noin 135 000:lle perustutkintoa suorittavalle yliopisto- ja korkeakouluopiskelijalle 15 paikkakunnalla. YTHS on tuottanut opiskeluterveydenhuollon yleisterveyden ja mielenterveyden palveluja, päihdepalveluja sekä suun terveydenhuollon palveluja (Floréen ym. 2017). YTHS tutkii opiskelijoiden terveydentilaa, terveyskäyttämistä, palvelutarvetta ja saatavuutta (mm. Kunttu ym. 2016).

YTHS:n ylintä päätösvaltaa käyttää opiskelijoista koostuvat valtuuskunta, joka johtaa hallitusta ja eri toimipaikkayksiköiden johtokuntia. Hallituksen alaisuudessa on toimitusjohtaja ja laaja johtoryhmä. Johtoryhmään kuuluu ylilääkäreitä, henkilöstöpäällikkö, talousjohtaja ja asiantuntijoita sekä toimipaikkayksiköiden johtajat. Johtokunnat vaikuttavat toimipaikkayksiköiden johtajien toimintaan. Toimipaikkayksiköiden johtajat vastaavat henkilöstään. (mm. Kunttu ym. 2016).

Vaikka YTHS syntyi Suomen ylioppilaskuntien liiton (SYL) laajentaessa Helsingin toimistonsa toiminnan valtakunnalliseksi vuonna 1954, pidetään opiskeluterveydenhuollon alkuna vuonna 1932 Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen aloittamia ylioppilaiden keuhkotarkastuksia, läpivalaisututkimuksia ja tuberkuliinikokeita. Muun muassa vuonna 1946 aloitettiin opiskelijoiden lääkärintarkastukset. Ylioppilaiden terveydenhuolto on kehittynyt tiiviisti SYL:n avulla. Toimintaa on rahoitettu korkeakoulujen, ylioppilaskuntien ja opiskelijoiden maksuilla ja lahjoituksilla sekä vuodesta 1955 valtionavulla, joka muuttui 1964 avustukseksi Raha-automaattiyhdistykseltä. (Kukkonen ja Liljeblad 1991, 316–319; ks. myös YTHS 2014.)

Vuodesta 1966 alkaen sairausvakuutus korvasi YTHS:n terveystalvelujen kustannuksia, koska sairausvakuutuslain (L 364/1964) 15 §:n mukaan omaa työtä tekevällä oli oikeus sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden seurauksena päivärahaan ja opiskelu yliopistossa, korkeakoulussa, ammatillisessa oppilaitoksessa tai ammattikursseilla rinnastettiin omaksi työksi (ks. myös Niemelä 2014, 295). Vuonna 1971 YTHS:n sääntöjä muutettiin niin, että säätiön päättävissä elimissä oli opiskelijajenemistö (Kukkonen ja Liljeblad 1991, 319).

Vuoden 1972 kansanterveyslain yhteydessä YTHS:ää ehdotettiin lakkautettavaksi ja sille maksettavaa Kelan ”työterveyspohjaista” rahoitusosuutta poistettavaksi sekä opiskeluterveydenhuollon siirtämistä kokonaan kansanterveyslain piiriin. Vuonna 1986 eduskunnan päätöksellä YTHS hyväksyttiin kansanterveyslain piiriin kuuluvaksi itsenäiseksi toimintayksiköksi. Vuonna 1988 korkeakoulu kaupungit osallistuvat YTHS:n rahoitukseen ja terveydenhuoltoasemien johtokuntiin (Kukkonen ja Liljeblad 1991, 322; YTHS 2014). YTHS:n toiminnan rahoituksessa tapahtui runsaasti muutoksia, joista yksi merkittävimmistä oli vuonna 1986 hammashoidon kustannusten korvaaminen sairausvakuutuksesta (Niemelä 2014, 296–297).

Kelan pääjohtajasta Jaakko Pajulasta oli luonnollista, että Kansaneläkelaitos oli opiskeluterveydenhuollon suurin rahoittaja, koska kaikki maan opiskelijat olivat kansanvakuutuksen mukaisesti kuuluneet sen piiriin opiskelupaikkakunnasta riippumatta (Pajula 1991, 59). YTHS:llä oli menetelmiä ymmärtää opiskelun omaleimaisuutta, ja sen tuottamista palveluista oli korvattava samoin kuin työnantajille maksettiin korvauksia työpaikkaterveydenhuollosta. Pajulasta YTHS:ssä voitiin kokeilla menetelmiä ja tuottaa tietoa, josta voisi olla hyötyä muulle terveydenhuollossa (Huunan-Seppälä 1989, 37–38). Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaan Kela korvasi YTHS:lle sen järjestämän perusterveydenhuollon kustannuksista, joita muodostuu opiskelijoiden terveyden edistämisestä, sairauksien ehkäisystä ja hoidosta, yleis- ja erikoislääkäritoisesta avosairaanhoidosta, mielenterveydestä sekä suun terveydenhuollosta (pl. oikomishoito sekä proteettiset ja hammastekniset toimenpiteet).

Samaan aikaan kuin terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteita ja palveluja on kehitetty, on myös YTHS:n toimintaa muutettu. YTHS:n toimintaa on usein kyseenalaistettu<sup>102</sup> siksi, että toiminta on säätiöpohjaisena erillinen kansanterveystyöstä (ks. Niemelä 2014, 296–297). Se on pelkällä olemassaolollaan ollut eriarvoistava suhteessa niihin opiskelijoihin, joilla ei ole YTHS:n palveluja. Epätasa-arvoa aiheutui korkeakouluopiskelijoiden kesken siksi, että kunnallisten palvelujen piirissä olevien ammattikorkeakouluopiskelijoiden palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelivat kunnittain. YTHS:n palvelujen piirissä olivat yliopisto-opiskelijat pääasiassa yliopistopaikkakunnilla. Kansanterveyslaissa oli vuoteen 2009 säädetty yleisesti opiskeluterveydenhuollosta, eivätkä valtakunnalliset suositukset informaatio-ohjauksena sitoneet

102 Kansanterveyslain (L 66/1972) voimaan tulosta alkaen oli kiistely noin 20 vuotta siitä, olisiko YTHS lakkautettava, Kelan rahoitusosuus poistettava ja palvelut yhdistettävä kansanterveyslain piiriin (Niemelä 2014, 296).

rahapulasta kärsiviä kuntia. Kunnallisesti palvelujen järjestäminen, rahoitus ja tarjonta ei ollut toteutunut lainsäädännön mukaisesti. Toisaalla YTHS:n toimintaa olivat rahoittaneet pääosin valtio ja opiskelijat (STM 2009b, 38; ks. myös Milén 2014, 3).

Koska YTHS:llä ei ole ollut omaa rahoitusta, se on ollut riippuvainen eri rahoittajien kanssa vuosittain tehdyistä rahoitus sopimuksista ja sen toiminta on perustunut vuosittain toteuttavaan käyttöbudjettiin. Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) 13. luvun 13 §:n ja valtioneuvoston asetuksen (VNa 1338/2004) mukaan Kela on vahvistanut vuosittain opiskelijakohtaisten kustannusten enimmäismäärän. Kelan YTHS:lle maksuma korvaus on ollut opiskelijakohtainen kustannus kerrottuna YTHS:n ennakkorvaushakemuksissa esittämällä terveydenhuoltomaksun maksaneiden opiskelijoiden määrällä, joka on voinut olla enintään 63 prosenttia kokonaisrahoituksesta. Korkeakoulu- ja yliopistokaupungit ovat maksaneet yleisavustusta, jonka opiskelijakohtaisen määrän Suomen Kuntaliitto ja YTHS ovat neuvotelleet vuosittain. Yliopistojen ja korkeakoulujen perusopiskelijoilta on peritty opiskelijakohtainen terveydenhuoltomaksu ylioppilaskuntien jäsenmaksun yhteydessä, ja lisäksi opiskelijat ovat maksaneet palvelujen käytöstä hoitomaksuja. YTHS:n toimintaa oli rahoitettu myös valtion budjetista opetus- ja kulttuuriministeriön kautta maksetulla vuokratuella (STM 2009b, 30). Valtiontalouden vakausohjelmaan (VM 2014, 27) perustuen hallitus poisti tämän 4,1 miljoonan euron vuokratuen, joka oli noin 10 prosenttia YTHS:n rahoituksesta. YTHS sopeutti toimintojaan tämän rahoitus pohjan muutosten mukaisesti.

Opiskelijoiden maksamat asiakasmaksut ja Kelan merkittävä rahoitusosuus ovat taanneet YTHS:n rahoituksen ja sen toiminnan jatkumisen. Toimipaikkojen sijaintikaupunkien rahoituksella on ollut suuri merkitys. Rahoitukseen liittyvästä epävarmuudesta huolimatta opiskelijat ovat olleet tyytyväisiä YTHS:n palveluihin, joka on kehittänyt palveluita opiskelijoiden tarpeiden mukaisesti (ks. mm. Kunttu ym. 2016, 45). YTHS on tuottanut digitaalisia omahoitopalveluja ja terveystarkastuksia (Kari ym. 2017). Sitran<sup>103</sup> rahoittaman tutkimuksen mukaan YTHS:n digitaalisilla palveluilla oli saavutettu kustannussäästöjä (HMY PublicPartner Oy 2015).

Vuonna 2009 STM asetti työryhmän selvittämään opiskeluterveydenhuollon kustannuksia ja sen järjestämisen vaihtoehtoja. Selvitysten mukaan toisen asteen ammatillisen koulutuksen ja ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon saatavuus, määrä ja laatu vaihteli eri opiskelijaryhmien sekä alueiden välillä (STM 2009b, 13). Työryhmä esitti yhtenä järjestämismallina YTHS:n toiminnan laajentamista eli ns. YTHS-mallia ammattikorkeakouluopiskelijoille, mitä työryhmä perusteli sillä, että se parantaisi palvelujen saatavuutta ja tarpeenmukaista toteutumista sekä opiskelijoiden vaikutusmahdollisuuksia palveluihin (STM 2009b, 50–51). Kolmannes ammattikorkeakouluopiskelijoista asui paikkakunnilla, joilla YTHS:n toimipisteitä ei ollut. Työryhmä oli arvioinut, että YTHS-mallin mukaisessa rahoituksessa

103 Sitra on Suomen juhluvuoden rahasto (perustettu 1967), joka rahoittaa muun muassa terveydenpalveluihin liittyviä tutkimushankkeita, ks. [www.sitra.fi](http://www.sitra.fi).

kuntien opiskeluterveydenhuollon rahoitusosuus olisi pienentynyt. Vastaavasti valtion, sairausvakuutuksen ja opiskelijoiden rahoitusosuus olisi kasvanut. (STM 2009b, 39–41.) YTHS:n toiminnan laajuuden ja sisällön arvioitiin vastaavan opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen (VNa 338/2011) mukaista tarkoitusta.

Vuosina 2011–2014 kokeiltiin ns. YTHS-mallin laajentamista Lappeenrannassa, Seinäjoella, Kuopiossa ja Hämeenlinnassa (STM 2013d) ja kokeilusta vastannut ohjausryhmä ehdotti, että päätös YTHS-mallin laajentamisesta valtakunnalliseksi ammatikorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämistavaksi tehtäisiin mahdollisimman pian tai seuraavien hallitusneuvottelujen yhteydessä (STM 2013d, 23). Keväällä 2014 hallituksen kehysriihessä päätettiin, ettei YTHS:n toiminnan laajentamiseen ammattikorkeakouluopiskelijoille myönnetä rahaa, joten päätöstä YTHS:n palvelujen laajentamisesta ei tehty.

Valmisteilla olleen sote-uudistuksen reformiministerityöryhmän linjauksessa 21.12.2016 YTHS järjestää ja tuottaa vastaisuudessa kaikkien korkeakouluopiskelijoiden, myös ammattikorkeakouluopiskelijoiden palvelut. Tämän opiskeluterveydenhuollon uudistuksen tullessa voimaan muu opiskeluterveydenhuolto siirtyisi maakuntien vastuulle. Hallitus antoi 9.3.2018 esitysluonnoksen (HE 145/2018) laiksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta, jossa palveluiden järjestämisestä vastaisi Kela ja niiden tuottamisesta YTHS. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kokonaisrahoitus muodostuisi valtion ja opiskelijoiden rahoitusosuuksista. Opiskelijoilta perittäisiin veroluonteisia terveydenhoitomaksuja (23 % rahoituksesta) ja loput (77 %) olisi valtion rahoitusta. Terveysenhoitomaksu olisi noin 75 euroa lukuvuodessa vuoden 2020 hintatasolla.

Hallituksen esityksessä 18.3.2018 eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta (HE 16/2018) mainitaan, että jos esitys opiskeluterveydenhuollosta hyväksytään, korkeakouluopiskelijoita olisi YTHS:n palvelujen piirissä noin 250 000. YTHS:n toimintamenot nousisivat 40 miljoonasta eurosta noin 80 miljoonaan euroon. Eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen (145/2018) YTHS:n toiminnan laajenemisesta kaikille korkeakouluopiskelijoille. Lain on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2021 alkaen (Eduskunta 1.3.2019).

## 8.2 Monikanavarahoitus ja palvelukanavien erillisyyt

Neljän palvelukanavan erillisyyttä voidaan tutkia hyödyntäen W. Richard Scottin (2008) instituutioiden rakenteita ja niiden muutoksia kuvaavan teorian avulla. Scottin (2008, 50–51) teorian avulla instituutioiden rakenteissa voidaan tunnistaa kolme pilaria: regulatiivinen, normatiivinen ja kulttuuris-kognitiivinen rakenne (ks. luku 3.2.2). Pilareiden avulla voidaan arvioida, mitkä rakenteet tekevät eri palvelukanavista instituutioina yhtenäisiä, toimintakentällään pysyviä ja miten ne saavat toiminnalleen merkityksiä. Instituutioissa korostuvat erilaiset toiminnalliset logiikat, toimijat

ja miten toimintaa hallitaan. Jokaisessa neljässä palvelukanavassa on kolmen pilarin ominaisuuksia, jotka painottuvat eri tavoin.

Terveydenhuollon lainsäädännöstä johtuen sääntelevä regulatiivinen pilari muodostaa oleellisen rakenteen kaikissa palvelukanavissa. Regulatiivinen pilari painottuu eniten määrittelevänä rakenteena kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Jokaisella palvelukanavalla on omaa erillisyyttä määrittelevää lainsäädäntöä. Regulatiivisuus on esimerkiksi valtion vaikutusvaltaa säädellä kunnallisen järjestettyä toimintaa. Kuntien tehtävät ovat lainsäädännöllä määriteltyjä koko väestöön kohdistuvia laajoja tehtäviä, mutta työterveyshuollossa ja YTHS:n toiminnassa lainsäädännöllä määriteltyt tehtävät kohdistuvat vain osaan väestöstä. Kuntien itsehallinto ja kuntalaki määrittelevät kunnallisen terveydenhuollon säätelyperustaa ja terveydenhuollon järjestämistä.

Normatiivinen pilari painottuu kunnallisessa perusterveydenhuollossa, jonka on hoidettava laajan palveluvalikoiman avulla koko väestö, kun muut saavat kohdistaa palvelunsa valikoituihin väestöryhmiin. Työterveyshuolto saa keskittyä palveluidensa piirissä oleviin työikäisiin ja YTHS korkeakouluopiskelijoihin. Kunnallisen perusterveydenhuollon on hoidettava ne, jotka eivät ole muiden palvelukanavien piirissä lainkaan tai vain päivystys- ja loma-aikoina. Valtio on vaikuttanut instituutioiden, erityisesti kunnallisen perusterveydenhuollon, normatiivisiin rakenteisiin informaatio-ohjauksella, suosituksilla ja ohjeilla, koska esimerkiksi kansanterveyslaki säädettiin puitelakina, jonka sisältöä ei yksityiskohtaisesti määritelty. Myös kuntien valtionosuuslaki on ollut puitelaki ja kunnilla on ollut itsehallintonsa mukaan vapauksia päättää palveluistaan.

Työterveyshuollossa normatiivisia rakenteina ovat olleet esimerkiksi valtakunnalliset työterveyshuollon suositukset. Työterveyshuollossa on voitu keskittyä sen kohteena oleviin työikäisiin. Yksityisissä, osin sairausvakuutuksen korvaamissa palveluissa (jatkossa yksityisissä palveluissa) on voinut olla vähemmän hallinnollisia normatiivisia rakenteita kuin julkisissa palveluissa ja yksityiset palvelut on voitu kohdistaa ainoastaan ne valinnoille väestöryhmille. Tilastot osoittavat, että asiakkaat ovat maksaneet yksityisistä palveluista huomattavasti enemmän kuin muita palvelukanavia käyttäneet. Toisaalta yksityisten palveluiden sairaanhoitokorvauksia on maksettu ainoastaan sairaanhoidosta, mikä on normatiivisena rakenteena auttanut muun muassa vakuutusyhtiötä määrittelemään, mikä on ollut korvattavaa sairaanhoitoa. Ammatillisen toiminnan säätelyssä yksityiset ja julkiset palvelut ovat olleet saman valvonnan alaisia.

Kulttuuris-kognitiivinen pilari on painottanut toimintaa erilaisina ammatillisina erikoistumisina, kuten professioina. Kaikissa palvelukanavissa lääketieteellinen erikoistuminen on vahvaa, mutta voidaan olettaa, että yksityisissä palveluissa toimintaan liittyy vahva taloudellinen näkökulma, koska toiminnan on tuotettava voittoa.



Taloudellinen funktio korostuu yksityisesti tuotetussa työterveyshuollossa. Kulttuuris-kognitiivinen ulottuvuus voi painottua sen lääketieteen erikoistumisen mukaisesti, jota palvelukanavassa tuotetaan. Yksityisissä palveluissa ja työterveyshuollossa lääketieteellinen professio voi olla yleisesti vahvempi kuin kunnallisissa palveluissa, joissa lääkäriissäkäyntejä on korvattu hoitajakäynneillä. Kunnallisissa palveluissa tehtävien laaja-alaisuuden takia kulttuuris-kognitiivisuus voi painottua lääketieteellisten erikoistumisten lisäksi kuntatalouteen ja johtamiseen.

YTHS:n rakenteissa on painottunut eniten kulttuuris-kognitiivisuus, koska palvelut on kohdistettu muita rajatuimmin yliopisto-opiskelijoille asiakasryhmänä. YTHS:n on muita palvelukanavia helpompi keskittyä opiskeluterveydenhuollon ja opiskelukyvyn toimintamalleihin. Toisaalta säätiön toiminnan legitimizeettiä on kyseenalaistettu ja vaadittu toimintaa lakkautettavaksi jo kansanterveyslain voimaan astumisesta alkaen (Niemelä 2014, 296). Yksityisessä terveydenhuollossa on vähiten instituutionaalisia rakenteita. Yksityisiä palveluita yhdistää kilpailu markkinoilla, jonka takia ne etsivät tuottavimpia toimintamalleja. Koska yksityinen tuottaja voi keskittyä valikoituihin palveluihin tietyille asiakkaille, tässä instituutiossa vahvistuu myös kulttuuris-kognitiivisen rakenteen merkitys.

Scott (2008, 192) on arvioinut sitä, etenevätkö instituutiossa tapahtuvat muutokset alhaalta ylöspäin vai ylhäältä alaspäin. Kaikissa palvelukanavissa muutokset instituutioissa vaikuttavat etenevän pääosin ylhäältä alaspäin. Instituutioiden välillä on eroja siinä, miten niiden toiminnan legitimizeettiä arvioidaan ja miten ne saavat vaikutteita muutoksiinsa. Palvelukanavien kannattajat määrittävät niiden olemassaolon oikeutuksen ja niiden instituutionaalisen vahvuuden. Kannattajien tyytyväisyys voi johtaa palvelukanavien toiminnan vakiintumiseen.

Työterveyshuollon legitimizeettiä määrittelevät suurimmat työelämän etujärjestöt kannattajineen sekä työnantajat ja työntekijät. Työterveyshuolto on vahva instituutio, koska sen kannattajilla eli työmarkkinajärjestöillä on käsitys, että työterveyshuollolla on merkittävä osuus työurien pidentämisessä ja työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Järjestöjen mukaan työterveyshuollon on oltava mukana terveydenhuollon uudistamisessa, mutta työterveyshuoltoa säätelevä kansallinen lainsäädäntö ja kansainväliset sopimukset<sup>104</sup> on otettava huomioon. Järjestöt ovat esittäneet, että työterveyshuollon järjestämisvelvollisuutta sekä palveluiden ja rahoituksen perusteita ei muutettaisi. Järjestöjen mukaan esimerkiksi työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen saatavuuden ja sen järjestämisestä työnantajille maksettujen korvausten rajoittaminen ei parantaisi muun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta. (Ks. Työmarkkinajärjestöjen kannanotto 1.5.2017, 3, 10–11.)

104 ILO:n työterveyshuoltoa koskevassa yleissopimuksessa 161 (1985) edellytettiin, että työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuoltoa ja EU:n puitedirektiivissa 89/391 määriteltiin työnantajan tehtäviä työturvallisuuden ja terveyteen kohdistuvien riskien ehkäisemiseksi.

YTHS:n legitimizeettiä ovat määritelleet opiskelijat ja muut palveluista hyötyvät tahot, kuten poliittiset nuoriso- ja opiskelijajärjestöt. Yksityisiä palveluita kannattavat ne, jotka saavat palveluista hyötyä, kuten yksityiset palvelutuottajat ja palveluiden käyttäjät. Koska yksityisiä palveluita voivat käyttää kaikki, sen kannattajajoukkona on koko väestö. Niiden legitimizeettiä on kuitenkin heikentänyt se, että suurien omavastuuosuuksien takia yksityiset palvelut ovat pienituloisten ulottumattomissa. Kunnallisen perusterveyshuollon kannattajajoukko on koko väestö ja erityisesti palveluiden käyttäjät. Kunnallisten palveluiden olemassaolon oikeutukseen voi liittyä ongelmana se, että erilaisia palveluita on tuotettava koko väestölle, jolloin asiakastytyvyyden saavuttaminen voi olla vaikeampaa kuin tuotettaessa palveluita segmentoituneelle väestöryhmälle esimerkiksi työ- ja opiskeluterveydenhuollossa.

Palvelukanaviin kohdistuu jatkuvasti ulkoisia muutosvaatimuksia. Kunnallisiin palveluihin kohdistuu muospaineita, jotka liittyvät laajasti kuntatalouteen, lainsäädäntömuutoksiin sekä kansallisten ja kansainvälisten vertailujen tuloksiin. Viime vuosien muospaineet voivat liittyä sote-uudistukseen ja sen vertailuihin. YTHS:ään kohdistuneet paineet liittyvät sen rahoituksen riittävyden ja ulkoisiin toiminnan oikeutuksen paineisiin<sup>105</sup> (Niemelä 2014, 296). Työterveyshuoltoon ovat vaikuttaneet työelämän muutokset ja erityisesti kilpailu yksityisesti tuotetun työterveyshuollon markkinoilla. Yksityisten palveluiden muospaineet liittyvät kilpailuun markkinoilla.

North (1993a ja b ja 1997,7) on korostanut sitä, että instituutioiden muutoksen elinehto on kilpailu. Jotta ne selviytyvät kilpailussa, niiden on sijoitettava tietoon. THL:n asiantuntijaryhmän (THL 2011,11) mukaan monikanavaisessa järjestelmässä ei voida kuitenkaan hyödyntää kaikkia kilpailuttamisen mahdollisuuksia. Kilpailuun perustuvissa järjestelmissä kilpailu asiakkaista pakottaa lisäämään tehokkuutta ja tuottamaan parempaa laatua (VNK 2011b, 13, 31). Northin (1993b) mukaan terveydenhuollossa on haasteena voimakas polkuriippuvuus, jolloin aiemmin tehdyt päätökset ehdollistavat tulevaa toimintaa ja vaikuttavat näin muutokseen. Polkuriippuvuus vaikuttaa olevan vahvinta kunnallisissa palveluissa ja heikointa yksityisissä palveluissa, jotka kilpailun takia etsivät uusia toimintamuotoja (vrt. Mattila 2011).

Esimerkiksi työterveyshuollon rakenteisiin ovat vaikuttaneet toimintaympäristöjen muuttuminen, uusien toimialojen kehitys ja työntekijöiden työterveyshuoltopalveluihin käytettävissä oleva rahoitus. Palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavien työnantajien toimintaympäristöt ja niiden rakenteet voivat olla hyvin toisistaan poikkeavia. Myös työterveyshuollon palveluntuottajat ovat voineet olla erilaisia riippuen niiden koosta tai henkilöstöstä.

Päämies-agenttiteoria soveltuu terveydenhuollon arviointiin, koska terveydenhuollossa on useita toimijoita, joilla on palvelukanavina Scottin instituutioteorian mu-

<sup>105</sup> Kansanterveyslain voimaantulon jälkeen STM:n kansliapäällikkö Kari Puro esitti YTHS:n lakkauttamista ja Kelan rahoitusosuuden poistamista. Nämä vaatimukset vaikuttivat säätiöön noin 20 vuoden ajan. (Niemelä 2014, 296.)

kaisesti erilaisia toimintalogiikkoja. Koska potilaalla ei ole riittävästi tietoa terveydestään ja sairaudestaan, hän tarvitsee avukseen agentin, esimerkiksi lääkärin tai hoitajan. Eri palvelukanavissa potilas ei voi saada täysin samanlaisia palveluita, koska palvelukanavien logiikat ovat erilaisia. Rinnakkaiset palvelukanavat vaikuttavat kunnallista toimintaa lukuun ottamatta hyvin segmentoituneilta, ja niiden agentit tuottavat palveluita kohdennetuille väestöryhmille, kuten työterveys- ja opiskeluterveydenhuollon asiakkaille.

Päämies-agenttiteorian soveltaminen erilaisiin palvelukanaviin voidaan tiivistää siihen, miten päämies valitsee agentin, asettaa hoidolle tavoitteita ja määrittelee tavoitteiden selkeyttä. Lisäksi tärkeää on se, miten päämies kannustaa agenttia, ovatko kannusteet riittäviä sekä miten agenttia valvotaan. Jos päämies-agenttiteoriaa sovellettaisiin eri palvelukanaviin vain lääkärin ja potilaan välisenä suhteena käytännön potilastyössä, olisi tarkastelu melko suppeaa. Terveyspalveluissa yleisesti oletetaan, että lisensoiduilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on hyvin korkea etiikka ja he toimivat potilaan edun mukaisesti (ks. Sintonen ja Pekurinen 2006, 124–125).

Taulukossa 12 (s. 131) päämies-agenttisuhteeseen on otettu mukaan potilastason lisäksi instituutiotaso, johon vaikuttavat instituutioiden erityispiirteet. Instituutiotasoon sisältyvät organisoituminen, johtaminen ja hallinto. Tähän on perusteena Sintosen ja Pekurisen (2006, 125–126) näkökulma siitä, että terveydenhuollossa päämies-agenttisuhte laajenee kolmannelle osapuolelle, usein valtiolle ja kunnille kollektiivisen verorahoituksen kautta. Potilastasolla lääkäri agenttina päättää hoidossa yhteisten voimavarojen käyttämisestä.

Kunnallisen perusterveydenhuollon piiriin kuuluu koko väestö ja potilaat voivat valita terveysaseman ja lääkärin voimassa olevan lainsäädännön puitteissa. Kaikki työntekijät ovat oikeutettuja työterveyshuoltoon, joka on työnantajan kustannuksellaan järjestettävä. Työnantajat tekevät palveluiden tuottamisesta palveluntuottajan kanssa työterveyshuoltosopimuksen, jossa työnantaja valitsee palveluntuottajan ja lääkäreinä toimivat agentit. Yksityisiä palveluita saa käyttää koko väestö, ja agentin valinnasta päättää asiakas. Yliopisto-opiskelijat ovat tehneet valinnat YTHS:n järjestämistä palveluista, mutta tarvittaessa he ovat kuuluneet kunnallisten palveluiden piiriin. Agenttien pääasiallisissa kannusteissa ja valvonnassa on ollut eroja potilastasolla palvelukanavittain. Lääkäriagenttien palkkaukseen liittyvissä kannusteissa voi olla organisaatioittain painotuseroja (taulukko 12).

**Taulukko 12.** Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavien päämies-agenttisuhteet potilas- ja instituutiotasoilla.

	Kunnallinen perusterveydenhuolto	Työnantajien työterveyshuolto	Yksityinen terveydenhuolto	YTHS
<b>Potilastaso</b>				
Päämies (asema)	Potilas, asiakas, veronmaksaja	Työntekijä	Asiakas	Opiskelija
Agentti	Lääkäri tai hoitaja	Lääkäri	Lääkäri	Lääkäri
Pääasiallinen kannuste	Kuukausipalkka, suoritepalkka	Kuukausipalkka, suoritepalkka	Suoritepalkka	Kuukausipalkka
Agentin valinta	Potilas terveyskeskuksittain	Työnantaja	Asiakas	YTHS
Agentin valvoja <sup>a</sup>	Terveyslautakunta	Työnantaja	Asiakas	Opiskelija, YTHS
<b>Instituutiotaso</b>				
Päämies	Terveyslautakunta/ valtuustot	Työnantaja	Asiakas	Opiskelijat, kunnat
Agentti, pääasiallinen	Terveyskeskus, muut tuottajat	Lääkäriasema, terve- yskeskus	Lääkäriasema	YTHS
Pääasiallinen kannuste	Talousarvio	Työterveyshuolto- sopimus, tytyväinen työntekijä	Tytyväinen ja maksukykyinen asiakas	Talousarvio, tytyväinen opiskelija
Agentin valinta	Kunta/kuntayhtymät, jatkossa maakunnat	Työnantaja	Asiakas	YTHS
Agentin val- vojaa	Kunta/kuntayhtymät	Työnantaja, Kela	Asiakas, vakuutus- yhtiöt	Opiskelijat, kunnat, Kela
Keskeiset rahoituslähteet	Kunnan omarahoitus ja valtionosuudet	Työnantajat, työtulo- vakuutusrahasto	Asiakas, vakuutus- yhtiöt (sairausvakuu- tusrahastot)	Kela, kunnat, opiskelijat

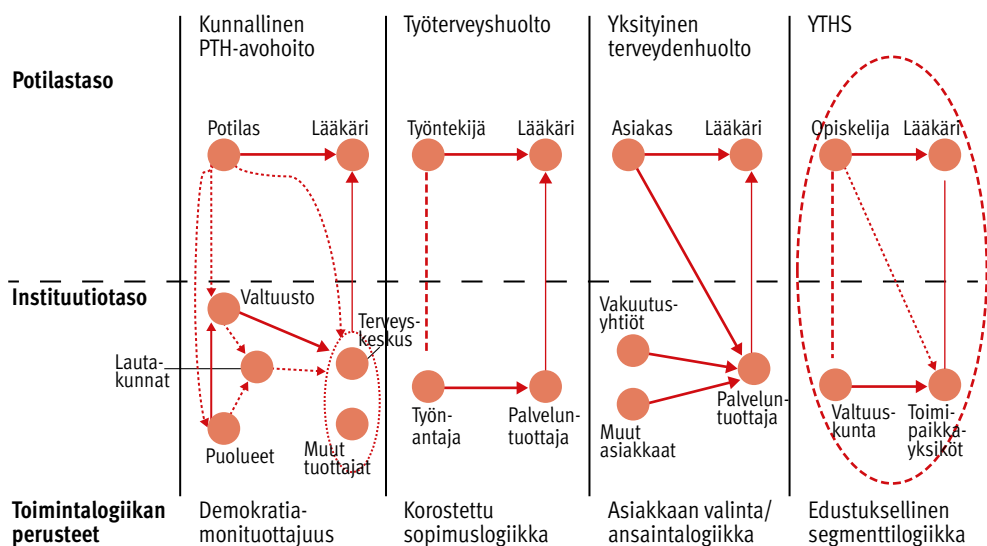
<sup>a</sup>Palvelukanava-agentin rahoituksen pääasialliset valvojat. Mukana ei ole Valviran tai aluehallintokeskusten ammatillisen toiminnan valvontaa, koska kaikki palvelut ovat saman ammatillisen säätelyn piirissä.

Kun potilas on valinnut agenttinsa (usein lääkärinsä), hän on valinnut samalla palvelukanavansa instituutiotasolla ja päämies-agenttisuhteensa. Instituutiotason valinnoista oleellisimman erot muodostuvat siitä, että perusterveydenhuollossa valinnoista päättävät terveyslautakunta ja valtuusto sekä YTHS:llä valtuuskunta. Työterveyshuollossa ja yksityisissä palveluissa vastaavia järjestelmiä ei ole. Monikanavarahoituksen näkökulmasta tärkeintä päämies-agenttiteorian näkökulmasta ovat erot agenttien pääasiallisissa kannusteissa. Kunnallisen perusterveydenhuollon on toimeksiantotalouden palveluna tärkeintä pysyä annetuissa talousarvioraameissa.

Työterveyshuollon palvelujen tuottajalla on kannusteena se, mitä työterveyshuoltosopimuksessa on sovittu ja kuinka paljon palveluihin on käytettävissä varoja. Työterveyshuollossa palveluihin tyytyväiset työntekijät voivat vaikuttaa siihen, että työnantajat valitsevat palveluntuottajat työterveyshuollon agentiksi. Koska yksityisissä palveluissa tavoitellaan voittoa, se mahdollistuu palveluita käyttävien tyytyväisten ja maksukykyisten asiakkaiden sekä vakuutusyhtiöiden avulla. YTHS:n toimintaan kannustaa talousarvioraameissa pysyminen, sillä merkittävä osuus sen rahoituksesta on tullut Kelan hallinnoimasta sairaanhoitovakuutuksesta. Lisäksi tyytyväiset opiskelijat ovat olleet palveluiden käyttäjinä tärkeitä YTHS:lle legitimizeerimiseksi.

Monikanavarahoituksen tulkinnessa palvelukanavien erillisyyttä vahvistavat niiden erilaiset toimintalogiikat. Kuviossa 13 esitän avoterveydenhuollon neljän rinnakkaisen palvelukanavan toimintalogiikat, joihin vaikuttavat instituution taustat ja rakenteet sekä päämies-agenttisuhteet.

**Kuvio 13.** Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavien toimintalogiikat ja päämies-agenttisuhteiden<sup>a</sup> kaksi tasoa.



<sup>a</sup>Nuolet osoittavat päämiehestä agenttiin.

Tarkastelen näitä palvelukanavia instituutioina ja sovellan päämies-agenttiteoriaa potilaan ja lääkärin väliseen käytännön hoitosuhteeseen. Jokaisessa palvelukanavassa lääkärillä on korkea etiikka ja hän toimii potilaan edun mukaisesti. Palvelukanavilla on omat institutionaaliset rakenteensa Scottin pilariteorian mukaisesti.

Kunnallisen, usein terveystaloksessa tapahtuvan, toiminnan nimeän demokratia-monituottajuuden logiikaksi, sillä palveluihin oikeutetuilla kuntalaisilla on hyvin

paljon erilaisia terveystarpeita. Kunnallinen toiminta on palvelukanavista vahvimmin ulkopäin lakeihin perustuen säädeltyä, mutta toiminnan laaja-alaisuuden seurauksena siihen kohdistuu runsaasti normatiivista ohjausta. Kunnallisesti järjestettyjä palveluita pitää tuottaa hierakisesti monen ”tuottajan” toimesta kaikille kuntalaisille, alueen koko väestölle. Kuntalaiset voivat olla päämiehinä erilaisissa rooleissa äänestäjinä, julkisten palveluiden käyttäjinä tai poliitikkoina, jolloin he rahoittajina vaativat maksamilleen veroille vastineita (Mayston 1993, 76–77). Kunnallista terveydenhuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimintojen priorisointi on hierarkkista ja demokraattista, jolloin on yhteisesti sovittava, mihin kohteisiin voimavaroja suunnataan.

Tähän logiikkaan liittyy useita haasteita. Jos julkisessa keskustelussa käsitellään terveyskeskusten työvoimapulaa, päätöksentekijät saattavat lisätä vain lääkäreiden määrää lääkäripalveluiden näkyvyyden ja julkisen seurannan vuoksi (ks. Rajavaara 2012, 176). Jos toiminnan laajuus perustuu talousarvioraameissa pysymiseen, se saattaa johtaa varojen vähetessä siihen, että saatavuutta rajoitetaan ohjaamalla potilaita vaihtoehtoihin palveluihin, muuttamalla aukioloaikoja ja lisäämällä jonoja. Kunnallisen toiminnan arvioinnissa päämiehen ja agentin ristiriidan seurauksena päämies voi haluta instituution maksimoivan toimintaa tavoitteiden saavuttamiseksi ja parantavan suorituskykyään. Mutta terveyskeskus voi rajoittaa toimintojaan ja mahdollisesti heikentää palveluiden saatavuutta, koska toiminnan tehostaminen on kallista (terveydenhuoltoon soveltaen mm. Burgess Jr ja Street 2011, 688–689). Jo terveydenhuoltolain (L 1326/2010) mukaan potilas on voinut valita vaihtoehtoisten kunnan terveysasemien väliltä. Vaikka kunnan on järjestettävä palvelut niitä tarvitseville hoitotakuulainsäädännön mukaan tiettyihin aikarajoihin mennessä, potilaat ovat saattaneet joutuvat jonottamaan terveyskeskusten palveluja.

Työterveyshuollon toimintalogiikan nimeän korostetuksi sopimuslogiikaksi. Millaisia ja kuinka laajoja yksityiskohtaisesti palvelut ovat, on määritelty työnantajien ja palveluntuottajien keskinäisissä sopimuksissa. Kun työnantaja on valinnut palveluntuottajat, he ovat yhdessä määritelleet hoidon sisältöä ja sen taloudellisia rajoitteita. Sopimusten noudattamiseen on liittynyt epävarmuutena se, että ennalta ehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon erittely korvausluokittain on ollut sopimuksissa etukäteen vaikeaa. Kun työnantaja on hakenut jälkeinpäin kustannusten korvaamista Kelalta, kustannukset ovat eriteltävissä korvausluokittain. Sopimukseen ja korvausjärjestelmään on voinut liittyä epävarmuutta niin, että työterveyshuollon ammattihenkilöiden määritelmien mukaan sairaanhoitaja ilman terveydenhoitajan ja työterveyshuollon lisäkoulutusta ei ole työterveyshuollon ammattihenkilö, jolloin näistä palveluista työnantajat eivät ole voineet saada korvauksia. Tämä on saattanut olla esteenä sille, että esimerkiksi korvattavia sairaanhoidon lääkäriissäkäyntejä ei ole vaihdettu käynneiksi sairaanhoitajilla.

Kelan määrittelemät korvaukset työntekijää kohti kannustavat järjestämään ja tuottamaan työterveyshuollon palvelut kustannuksiltaan tietyn tasoisina. Työnantajat on

velvoitettu lakiin perustuen järjestämään työterveyshuollon ennaltaehkäisevää toimintaa. Työnantajat ovat hankkineet vapaaehtoisesti sairaanhoitoa siinä laajuudessa, johon niillä on ollut varaa. Vaikka osalle työntekijöistä laajan työterveyshuollon on voitu tulkita oleva työsuhde-etu, ei se ole ollut sitä kaikille. Osaa työnantajista sairaanhoidon korvaustaso ei kannusta järjestämään työterveyshuoltoa, jos pelkästään lakisääteiseen ennaltaehkäisevään toimintaan ei ole varoja.

Nimeän YTHS:n toimintalogiikan perusteeksi edustuksellisen segmenttilogiikan, sillä sen toiminta kohdistuu rajatulle väestöryhmälle, opiskelijoille. Potilastasolla YTHS:n päämies-agenttisuhteet eivät poikkea muiden instituutioiden vastaavista suhteista, mutta instituutiotason päämies-agenttisuhteilla on YTHS:lle suuri merkitys. YTHS:n korkeimmassa hallinnossa, valtuuskunnassa on ollut opiskelijaenemmistö vuodesta 1971 lähtien. Koska YTHS:llä on valtuuskunta, sen toimintalogiikka perustuu demokraattiseen päätöksentekoon, mitä ei ole työterveyshuollossa ja yksityisissä palveluissa.

Instituutiotason päämiehillä, YTHS:n rahoittajina valtiolla, Kelalla, opiskelijoilla ja kunnilla, on jokaisella oma vaikutuksensa sen toimintaan. Rahoittajien avulla YTHS on voinut säätiönä ja opiskelijoiden agenttina hoitaa sille määriteltyä tehtävää. Päämiehinä yliopisto-opiskelijat ovat rahoittaneet merkittävällä osuudella saamiaan palveluita ja opiskelijat ovat sitoutuneet kehittämään toimintaa edustajiensa välityksellä. YTHS:llä on opiskelijoiden keskuudessa vahva legitimitetti, joka on muodostunut tyytyväisyydestä palveluihin (ks. mm. Kunttu ym. 2016, 45). YTHS:n terveyden edistämismallin mukaan yhteistyökumppaneina sidosryhmäverkostoissa on opiskelija- ja kansalaisjärjestöjä, yliopistoja, ministeriöitä ja tutkimuslaitoksia (YTHS 2016, 8). Sote-uudistuksessa kaavailtu YTHS:n toiminnan laajentaminen kaikille korkeakouluopiskelijoille on osoitus siitä, että rajatulle väestöryhmälle eli korkea-asteen opiskelijoille kohdistettu, vahvasti segmentoitunut palvelukokonaisuus voi toimia osana palvelujärjestelmää, jos palveluilla voidaan vastata väestöryhmän erityistarpeisiin.

Nimeän yksityisiin palveluihin liittyvän logiikan ansaintalogiikaksi, sillä palveluissa keskitytään tuottamaan palveluja niitä valinneille asiakkaille ja tuottamaan voittoa osakkaille. Ansaintalogiikkaan perustuvalla voiton tavoittelulla on voitu erottaa yksityiset palvelut julkisista terveyspalveluista (ks. Meklin ym. 2009, 237). Yksityiset tuottajat ovat kilpailleet keskenään asiakkaista, joten palvelut on tuotettava tehokkaasti ja tuottavasti. Koska tässä tutkimuksessa arvioituja yksityisiä palveluita on rahoitettu osin sairausvakuutuksen kautta, kysymys on ollut julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistoiminnasta (vrt. VNK 2011b, 11).

Yksityisissä palveluissa voiton tuottamisen edellytyksenä kustannustietoisuuden on oltava kehittynyttä, jotta toiminnasta voidaan löytää tehostamiskohteita. Yksityiset palveluntuottajat voivat valikoida tarkasti heille tuottavimmat asiakasryhmät, ja yksityisten toiminta voi olla kilpailun ansoista tehokkaampaa kuin julkisten. Yksityis-

ten sairastuvuuden kautta osin korvattujen palvelujen haasteena on ollut se, että korvauksia saaneissa on ollut suhteellisesti enemmän suurituloisia kuin pienituloisia. Nämä erot ovat olleet pysyviä ja ajassa muuttumattomia (ks. Blomgren ym. 2015, 51–52; ks. myös Blomgren ja Virta 2015, 2420). Suomessa on ollut haasteena se, että hajautuneilla lääkärimarkkinoilla yksityiset lääkärit ovat olleet ammatinharjoittajina riippumattomia eikä hintakilpailua ole syntynyt (Hiltunen ym. 2017, 385–386). Tässä yhteydessä en kuitenkaan tutki erityisesti yksityisten ja julkisten toimijoiden eroja.

Yksityisten palveluiden toiminnassa korostuu asiakkaan valinta, joten pysyäkseen markkinoilla toiminnassa on kilpailtava asiakkaista ja työvoimasta. Tyytyväisen asiakkaan oletetaan hakeutuvan uudelleen palveluiden käyttäjäksi, muutoin yksityisissä palveluissa on etsittävä uusia asiakkaita. Yksityisiin terveyspalveluihin liittyvässä keskustelussa on kyseenalaistettu, ovatko palvelut julkisia palveluita, niitä täydentäviä palveluita vai julkisten kanssa rinnakkaisia palveluita. Suurimmissa kaupungeissa yksityisiä palvelujen tuottajia on useita tai yksityisen palvelutuotannon osuus on suuri suhteessa kunnan tuottamaan toimintaan.

Kunnallisen perusterveydenhuollon toiminnan kannusteita voidaan arvioida vertaamalla julkisia ja yksityisiä toimintoja keskenään. Lainsäädännön mukaan kunnalla on laajat sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvelvoitteet, joista avosairaanhoidon lääkäripalvelut ovat vain yksi tehtävä muiden tehtävien joukossa. Kunta ei voi instituutiona keskittyä samalla tavalla suppeamman palveluvalikoiman tuottamiseen kuin osin samoja palveluja tuottava yksityinen palveluntuottaja. Terveyskeskuksen vastaavan ylilääkärin ja vastaavan lautakunnan vastuu toiminnasta on suuri. Päämies-agenttisuhteiden näkökulmasta lääkärit agentteina ovat kuukausipalkkaisia, vaikkakin erilaisia suoriteperusteisia palkkausjärjestelyjä on.

Yksityisellä sektorilla lääkärit voivat olla itsenäisiä ammatinharjoittajia, jotka voivat omistaa osan esim. lääkäriasemasta. Palkkausjärjestelyillä voi olla oleellista vaikutusta kannusteisiin. Tärkeää on se, miten terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkäripalvelut ja yksityiset palvelut asettuvat alueellisessa palvelujärjestelmässä. Erilaisen palvelutarjonnan vaihtelu on suuri siten, että syrjäseuduilla on terveyskeskusten lisäksi vähän vaihtoehtoisia palveluita, mutta kaupungeissa yksityistä palvelutarjontaa on. Kilpailu asiakkaista ja työvoimasta vaikuttaa kannusteisiin. Terveyskeskusten kustannuksiin vaikuttavat päivystysten järjestäminen ja ylipäänsä palvelujen tuottaminen kaikille kuntalaisille, joiden palvelutarpeet saattavat vaihdella hyvin paljon.

Yksityisen ja julkisen palvelun rajapinta erilaisina hybridiorganisaatioina ei ole käytännössä tarkka, sillä terveyspalveluja voivat tuottaa osakeyhtiöt, joissa on julkisten organisaatioiden lisäksi yksityisiä yrityksiä. Toisaalta yksityinen palveluntuottaja voi olla ulkoistusten takia kunnallisesti järjestetyn toiminnan ainut tuottaja tai yksi tuottajista tai terveyskeskus voi olla lähes ainut palveluntuottaja, eikä asiakkailla ole markkinoiden puuttuessa vaihtoehtoja. Sairausvakuutuksen osin korvaamat yksityi-



set lääkäripalvelut ovat voineet olla palvelukokonaisuutta täydentäviä erikoislääkäripalveluja, kuten gynekologiaa ja silmä-, korva- ja lastentautien erikoisalojen palveluja, joita kunnat eivät ole tarjonneet. Työterveyshuollon sopimuslogiikka voi lähestyä yksityistä ansaintalogiikkaa, jos yhä suurempi osuus palveluntuottajista on yksityisiä, mutta sopimukset, työterveyshuollon lainsäädäntö ja työnantajien valinnat voivat rajoittaa logiikkaa.

Eri palvelukanavien tehtävien laajuutta voidaan arvioida pilareiden avulla laajoina ja kapeina kuten Sihto (2013, 16-19) on esittänyt kansanterveysalan (*public health*) laajuuden tulkinnasta. Monikanavarahoituksen näkökulmasta kunnallisen perusterveydenhuollon on huolehdittava koko väestön terveyspalveluiden lisäksi laajasti väestön terveyden edistämisestä ja terveyden suojelusta, mitä ei se voi hoitaa pelkästään kapeasti terveyspalveluiden avulla.

Yksityiset palvelut ovat voineet keskittyä palveluita käyttäviin henkilöihin, eikä niiden tehtäviin kuulu terveyden edistämistä ja terveyden suojelua kuten muiden palvelukanavien tehtäviin. Monikanavarahoituksen näkökulmasta laaja-kapea-tulkinnassa kapeat tehtävät voivat mahdollistaa keskittymisen paremmin kustannusten hallintaan kuin laajoissa tehtävissä, joissa on otettava huomioon enemmän erilaisia toimintapolitiikkoja ja ohjelmia. Yksityisissä palveluissa tehtävien kapea-alaisuus voi johtaa myös siihen, että yksityisissä palveluissa on ollut helpompi korostaa asiakasnäkökulmaa kuin laajassa kunnallisissa palveluissa, joissa asiakkaista ja potilaista ei laajoista tehtävistä johtuen välttämättä kerry vastaavanlaista kokemusta.

### 8.3 Monikanavarahoituksen laajuus tuotetuissa tilastoaineistoissa

Sen lisäksi, että tutkin monikanavarahoituksen ongelman laajuutta valtakunnallisten tilastojen avulla koko maassa järjestelmätasolla (luku 7), ymmärrykseni laajuutta on tutkittava yksityiskohtaisemmin myös mikrotasolla. Tietoa ei ole ollut valmiina tilastoissa. Asiantuntijoiden haastatteluissa ja puolueiden poliittisissa näkemyksissä oli nostettu esiin se, että käsityksissä ilmiön ongelmallisuudesta ja sen laajuudesta oli eroja (luvut 5 ja 6). Ongelman laajuuden tutkimista varten tuotin kolme tilastollista aineistoa.

Siten hyödynsin tutkimuksessani kolmea empiiristä tilastollista aineistoa:

1. työterveyshuollon alueellinen kustannusaineisto (Hujanen ja Mikkola 2013)
2. perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhoidon neljän palvelukanavan ikäryhmittäinen kustannusaineisto Oulussa
3. perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutusten kustannusaineisto.

Ensinnäkin työterveyshuollosta ei ollut käytettävissä palveluiden yksilötasoisia käyttötietoja valtakunnallisissa rekistereissä, kuten on muusta terveydenhuollosta. Koska

muusta terveydenhuollosta on saatavissa alueellista käyttö- ja kustannustietoa, tässä yhteydessä hyödynnän kunnista ja sairaanhoitopiireistä kerättyä työterveyshuollon kustannusaineistoa (ks. Hujanen ja Mikkola 2013). Alueellisesta työterveyshuollon kustannusaineistosta nousevien tulosten ja niiden johtopäätösten avulla tuotin perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhoidon neljän rinnakkaisen palvelukanavan ikäryhmittäisen kustannusaineiston Oulussa. Tähän ikäryhmittäiseen aineistoon tehtyjen rajausten ja tarkennusten avulla analysoin monikanvarahoituksen vähentämisen kustannus- ja rahoitusvaikutuksia perusterveydenhuoltotasoisessa avosairaanhoidon vastaanottotoiminnassa.

Työterveyshuollon valtakunnallisten rekisteritietojen puute on saattanut johtaa siihen, että sen merkitystä ja roolia terveydenhuoltojärjestelmässä on tutkittu vähän (ks. Hujanen ja Mikkola 2013, 7). Koska sen järjestämis- ja rahoitusvastuu on muusta terveydenhuollosta poiketen ollut työnantajilla (Hujanen ja Mikkola 2012, 7), sen on pelätty jäävän erilliseksi<sup>106</sup> saarekkeeksi. Työterveyshuolto on jätetty usein alueellisten menoverailujen ulkopuolelle (ks. mm. Häkkinen ym. 1995b; Hujanen ym. 2006), koska työterveyshuollon palvelujen käytöstä ja kustannuksista ei ollut yksilötasoisia käyttötietoja kuten muusta terveydenhuollosta (Hujanen ja Mikkola 2012, 156). Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon muiden palvelukanavien eli kunnallisesti järjestetyn perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon tiedot olivat THL:n ylläpitämässä hoitoilmoitusrekisterissä, sairausvakuutuksen tiedot Kelan sairausvakuutusrekisterissä ja YTHS:n opiskelijaterveydenhuollon tiedot olivat sen omassa potilasrekisterissä. Työterveyshuollon vastaavat tiedot olivat olleet hajallaan palveluntuottajien työnantajakohtaisissa rekistereissä ympäri maata (ks. Hujanen ja Mikkola 2013).

Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaan Kelan työterveyshuollon asiakkaina ovat työnantajat, joille maksettavat korvaukset työterveyshuollon järjestämisestä perustuivat tarvittaviin voimavaroihin ja palveluista aiheutuneisiin kustannuksiin työnantajien tekemiin ilmoituksiin perustuen. Koska sairausvakuutuslain 19. luvun 1 §:n mukaan Kelan on saatava ”etuuden ratkaisemista varten välttämättömät tiedot –”, tämä ei ole edellyttänyt työterveyshuollon yhtenäisten henkilötasoisien käyttörekistereiden perustamista. Korvaukset on maksettu työnantajille, jotka ovat hakeneet kustannusten korvaamista Kelasta. Hakemuksista on muodostunut työterveyshuollon korvausrekisteri. Työnantajien hakemuksissa palvelujen käyttö- ja kustannustiedot sekä palvelujen piirissä olevien henkilöiden tiedot ovat hakemuskohtaisia summattietoja. Työterveyshuoltorekisteristä vuosittain tuotetuissa työterveyshuoltotilastoissa palvelujen käyttö- ja kustannustiedot ovat kokonaissummina. Lisäksi keskimääräisiä tietoja on työntekijää ja erilaisia toimenpiteitä kohden korvausluokittain, jaoteltuna työnantajien koon, toimialan sekä palveluntuottajan mukaan (Kela 2011; Hujanen ja Mikkola 2013, 7).

106 Lakisääteistä työterveyshuoltoa ja sairausvakuutusta oli pidetty rahoitusjärjestelmän itsenäisinä osina (VNK 2011b, 5).

Työterveyshuoltoa voi arvioida alueellisesti monikanavarahoituksen osana, koska työterveyshuoltorekisterin tietojen perusteella sen voimavarojen jakautumisessa työnantajien koon, toimialan ja palveluntuottajien välillä on suuria eroja (ks. Kela 2011). Kunnallisesti järjestettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannuksissa on runsaasti alueellisia eroja (mm. Häkkinen ym. 1995b; Hujanen ym. 2006). Kustannuseroja on tutkittu kuntien välisinä eroina (Helin ym. 1996) tai eroina esimerkiksi terveyskeskusten tuottavuudessa ja tehokkuudessa (Aaltonen ym. 2009). Kustannuserojen syitä on selitetty väestön palvelujen käyttöä selittävillä tarvetekijöillä<sup>107</sup> (Häkkinen ym. 2009; Vaalavuo ym. 2013) tai laajasti kuntien sosiaali- ja terveys-toimeen sekä kuntiin vaikuttavilla tekijöillä (mm. Meklin ja Pukki 2017). Sairausvaikutusrekisterin tietoihin perustuen esimerkiksi yksityisten lääkäripalkkioiden korvaukset ovat jakautuneet väestöryhmittäin ja alueellisesti epätasaisesti (Mikkola ja Virta 2012, 193–194).

### 8.3.1 Työterveyshuollon alueelliset kustannukset koko maassa

Tuotin aineiston työterveyshuollon palveluiden käytöstä ja kustannuksista, jonka avulla arvioin palveluiden yksikkö- ja kokonaiskustannuksia kunnittain, sairaanhoitopiireittäin ja palveluntuottajittain. Aineiston lähteet ja rajaukset olen esittänyt liitteessä 3. Aineistoa on käsitelty raportissa *Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot* (Hujanen ja Mikkola 2013). Koska työterveyshuollosta ei ole tehty muuta alueellista kustannusarviointia, analysoin kyseisessä raportissa yksityiskohtaisemmin niitä tuloksia ja johtopäätöksiä, jotka ovat monikanavarahoitustutkimuksen kannalta oleellisia. Käsitelen nyt aineiston keskimääräisiä suurimpien kaupunkien kustannustietoja taulukossa 13 (s. 138), jota ei ole aikaisemmin julkaisuissa kootusti esitetty. Kustannukset ovat keskittyneet voimakkaasti suurimpiin kaupunkeihin. Myös kuvioiden 16–18 avulla korostan erityisesti työntajien työterveyshuollon keskittymistä pääkaupunkiseudulle ja suurimpiin kaupunkeihin sekä sitä, että alueellisesti tarkasteltuna työterveyshuollon osuus laskennallisen perusterveydenhuollon kokonaisuudesta (pl. suunterveydenhoito) vaihtelee myös sairaanhoitopiirikohtaisessa vertailussa.

Tutkin monikanavarahoitukseen liittyvänä arviointina sitä, kuinka suuren osuuden työterveyshuolto muodosti Tilastokeskuksen tietoihin perustuvista alueellisista kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja työnantajien työterveyshuollon yhteenlasketuista kustannuksista. Arvioinnin tulokset ovat muodostaneet perustan rinnakkaisten palvelukanavien analysointiini siten, että Oulun ikäryhmittäisissä kustannusaineistoissa ovat olleet mukana perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon ja erityisesti sen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan kustannuserät.

<sup>107</sup> Tarvetekijöistä muodostettuja painokertoimia on käytetty valtion kunnille maksamien peruspalvelujen valtionosuuksien laskennassa (L 676/2014).

**Taulukko 13.** Työterveyshuollon rahoitus 10 suurimmassa kaupungissa vuonna 2009.<sup>a</sup>

	Työnantajien suora rahoitus, milj. €		Korvauksia työtulovakuutusrahastosta, milj. €		Yhteensä, milj. €		
	Ennalta ehkäisevä	Sairaanhoito	Ennalta ehkäisevä	Sairaanhoito	Ennalta ehkäisevä	Sairaanhoito	Yhteensä
Helsinki	15	35	15	21	30	57	87
Espoo	7	15	7	9	13	24	38
Tampere	4	10	5	7	9	16	25
Vantaa	5	12	5	7	11	20	30
Turku	4	9	4	6	8	14	22
Oulu	3	7	3	5	7	12	18
Jyväskylä	3	6	3	4	5	10	15
Lahti	2	4	2	3	4	7	11
Kuopio	2	4	2	3	4	7	11
Kouvola	2	4	2	2	4	6	10
10 suurinta yhteensä	46	106	48	67	94	173	267
Muu maa	62	129	66	87	128	216	344
Koko maa yhteensä	108	235	114	154	222	389	611

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liite 2.

Alueellisessa kustannusaineistossa työnantajien ilmoitusten mukaan työterveyshuollon kustannukset olivat yhteensä 611 miljoonaa euroa, joista työnantajat rahoittivat arviolta suoraan työterveyshuoltoa 343 miljoonalla eurolla (56 %) ja työtulovakuutusrahastosta maksettiin työnantajille korvauksia 268 miljoonaa euroa (44 %). Koska arvioidut tiedot perustuivat työnantajien hakemuksiin, ne eivät voineet vastata täysin Kelan korvattaviksi kustannuksiksi arvioimia tietoja työterveyshuoltotilastossa (ks. Kela 2011)<sup>108</sup>. Aineistossa ennalta ehkäisevän toiminnan (luokka I) kustannuksista korvattiin yli puolet (52 %) ja sairaanhoidon (luokka II) kustannuksista 40 prosenttia.

Työterveyshuollon kustannukset vaihtelivat alueellisissa tarkasteluissa runsaasti. Haja-asutusalueiden maaseutumaisissa kunnissa kustannukset olivat työntekijää kohti vajaan viidenneksen matalammat kuin muissa kunnissa (286 €/henkilö vs. 350 €/henkilö). Kustannuksista kohdistui 86 prosenttia yli 10 000 asukkaan kuntiin. Niissä oli kustannuksia asukasta kohti yli kolmannes (36 %) enemmän kuin alle 10 000 asukkaan kunnissa (123 € vs. 78 €). Työterveyshuollon taloudellinen merkitys ko-

<sup>108</sup> Korvattaviksi kustannuksiksi hyväksyttiin 599 miljoonaa euroa, joista työnantajat rahoittivat suoraan 326 miljoonaa euroa (56 %) ja loput 273 miljoonaa euroa (44 %) maksettiin korvauksina työnantajille Kelan työtulovakuutusrahastosta (Kela 2011).

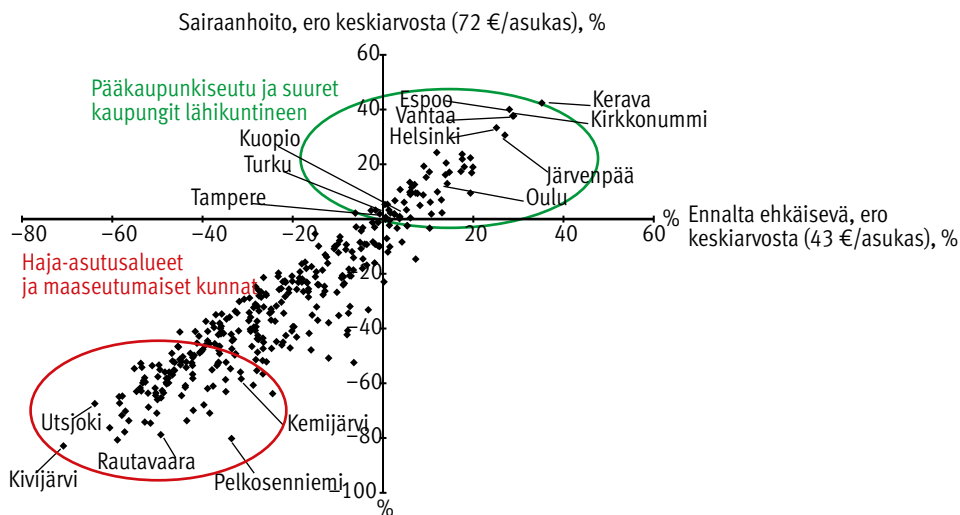
rostui pääkaupunkiseudulla, suurissa kaupungeissa ja näiden kaupunkien lähikunnissa. Kokonaiskustannuksista kohdistui 10 suurimpaan kaupunkiin 267 miljoonaa euroa (44 %) ja erityisesti pääkaupunkiseudulle Helsinkiin, Espooseen ja Vantaalle 155 miljoonaa euroa eli neljännes (25 %) kustannuksista. Suurimmissa kaupungeissa työnantajat rahoittavat suoraan yli kaksi kertaa enemmän sairaanhoitoa (106 milj. €) kuin ennalta ehkäisevää toimintaa (46 milj. €). Suurimmissa kunnissa sairaanhoidon osuus oli suurempi (64,8 %) kuin maan muissa kunnissa (62,8 %) (taulukko 13). Kokonaiskustannuksista 218 miljoonaa euroa eli yli kolmannes (36 %) kohdistui HUS-piiriin. Seuraavaksi eniten kustannuksia kohdistui Varsinais-Suomeen (9 %), Pirkanmaalle (9 %) ja Pohjois-Pohjanmaalle (7 %). Loput kustannukset (40 %) jakautuivat muiden sairaanhoitopiirien alueille. (Ks. myös Hujanen ja Mikkola 2013, 19–22; taulukko 13.)

Kun arvioin kustannusten kohdistumista ennalta ehkäisevään toimintaan (korvausluokka I) ja sairaanhoitoon (korvausluokka II), kustannukset asukasta kohti ja korvausluokkien kustannukset korreloivat voimakkaasti kunnittain. Mitä suuremmat jommankumman korvausluokan kustannukset olivat, sitä suuremmat ne olivat myös toisessa korvausluokassa. Poikkeuksina olivat lähinnä kaivospaikkakunnat, joissa ennaltaehkäisevän toiminnan kustannukset olivat suhteellisen suuria. Pääkaupunkiseudulla, suurissa kaupungissa ja niiden lähikunnissa molemmissa korvausluokissa kustannukset olivat noin 40 prosenttia maan keskiarvoja suurempia. Vastaavasti maaseutumaisissa ja harvaanasutuissa kunnissa työterveyshuollon merkitys oli vaatimattomampi (Hujanen ja Mikkola 2013, 53). (Kuvio 14, s. 141.)

Monikanavarahoituksen arvioinnin näkökulmasta alueellisesta aineistosta nousee esille se, että työterveyshuollon osuus yhteenlasketusta kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon (pl. suun terveydenhoidon) ja työterveyshuollon kustannusten summasta vaihteli 18–30 prosentin välillä sairaanhoitopiireittäin. Koska työterveyshuollon keskimääräiset kustannukset (114 €/asukas) muodostivat peräti 26 prosenttia laskennallisesta kokonaisuudesta (444 €/asukas), työterveyshuollon kustannusten osuutta voi pitää arvioidussa kokonaisuudessa melko suurena. (Kuvio 14.)

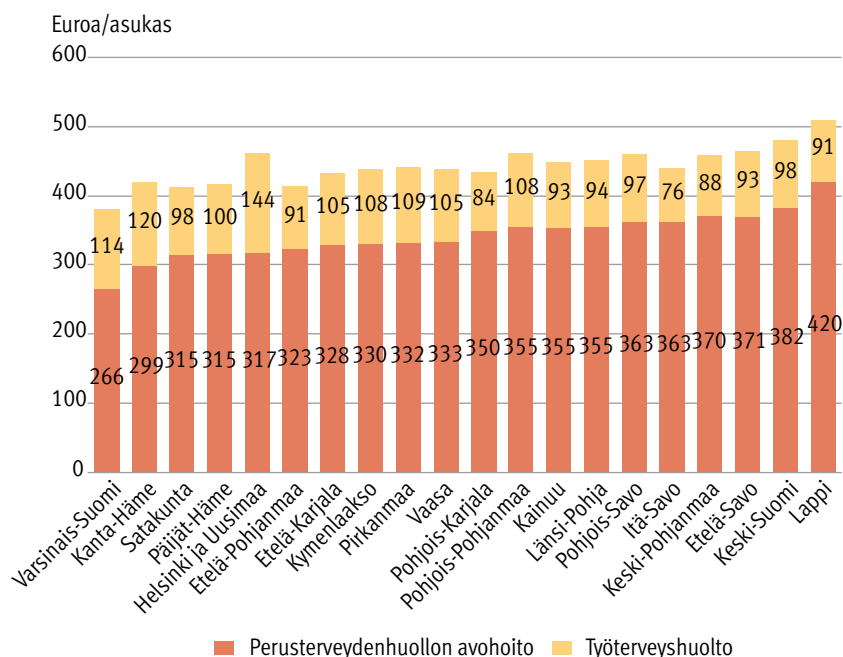
Suurimmat työterveyshuollon kustannukset olivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUSissa) ja pienimmät Itä-Savossa. Itä-Savossa kustannukset asukasta kohti olivat pienimmät (76 €) eli kolmanneksen pienemmät kuin maassa keskimäärin (114 €/asukas). HUSin kunnissa kustannukset olivat neljänneksen suuremmat (144 €) kuin maassa keskimäärin (114 €). Varsinais-Suomessa yhteenlasketut kokonaiskustannukset olivat pienimmät eli 379 euroa asukasta kohti (kunnallinen perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto: 266 €/asukas; työterveyshuolto 114 €/asukas). Lapissa yhteenlasketut kokonaiskustannukset olivat suurimmat eli 511 euroa asukasta kohti (420 €/asukas; 81 €/asukas). Työterveyshuollon osuus laskennallisesta kokonaisuudesta oli pienimmillään vajaa viidennes (18 %) Itä-Savossa ja Lapissa sekä suurimmillaan (30 %) HUSissa. (Kuvio 15, s. 141.)

**Kuvio 14.** Työnantajien työterveyshuollon ennalta ehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon kustannukset asukasta kohti, erot prosentteina maan keskiarvosta kunnittain vuonna 2009.<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liite 2.

**Kuvio 15.** Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon<sup>a</sup> ja työterveyshuollon kustannukset (€/asukas) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2009.<sup>b</sup>

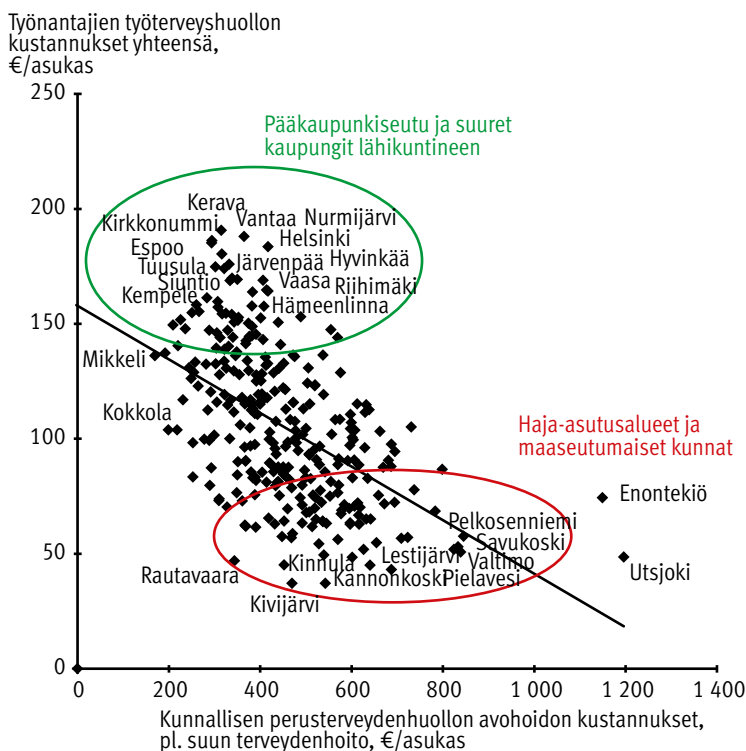


<sup>a</sup>Ei sisällä suun terveydenhoitoa.

<sup>b</sup>Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon (pl. suunterveydenhoito) kustannukset perustuvat Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatietoihin (Tilastokeskus 2010). Työterveyshuollon kustannusten laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet on kuvattu liitteessä 2.

Kunnittain työterveyshuollon kustannusten osuudet arvioidusta avoterveydenhuollon kokonaisuudesta olivat suurimmat pääkaupunkiseudulla – Järvenpäässä, Keravalla, Espoossa ja Vantaalla yli 40 prosenttia; vastaavasti pienimmät osuudet olivat haja-asutusalueilla esimerkiksi Kemijärvellä (alle 10 %), Vesannolla (alle 5 %) tai Rautavaaralla (alle 5 %). Suurimmassa osassa pienistä kunnista kustannukset olivat alle 70 euroa asukasta kohti, kun taas pääkaupunkiseudulla ne olivat kaksi kertaa suurempia, esimerkiksi Keravalla 160 euroa asukasta kohti. Työterveyshuollon ja kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon (pl. suun terveydenhoito) kustannusten välillä oli käänteinen yhteys. Haja-asutusalueilla ja maaseutumaisissa kunnissa, joilla työterveyshuollon kustannukset asukasta kohti olivat pienimmät, perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset olivat suurimmat. Vastaavasti pääkaupunkiseudulla, suurissa kaupungeissa ja niiden lähikunnissa työterveyshuollon kustannukset olivat suurimmat ja perusterveydenhuollon kustannukset pienimmät. (Kuvio 16.)

**Kuvio 16.** Työterveyshuollon ja kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon<sup>a</sup> kustannukset asukasta kohti (€/asukas) vuonna 2009.<sup>b</sup>



<sup>a</sup>Ei sisällä suun terveydenhoitoa.

<sup>b</sup>Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon (pl. suun terveydenhoito) kustannukset perustuvat Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatietoihin (Tilastokeskus 2014). Työterveyshuollon kustannusten laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet kuvattu liitteessä 2.

Kun suhteutin työterveyshuollon kustannukset alueille kertyneisiin palkkasummiin, erityisesti pääkaupunkiseudun muuta maata suuremmat kustannukset olisivat voineet olla maan keskiarvoa vielä 10 prosenttia suuremmat. Vastaavasti monilla alueilla, kuten Kainuussa ja Lapissa, keskiarvoa pienemmät kustannukset olivat kertyneeseen palkkasummaan suhteutettuna jo suuria. Oulun, Lahden ja Tampereen alueilla kustannukset työntekijää kohti olivat palkkasummaan suhteutettuna maan keskitasoa (ks. myös Hujanen ja Mikkola 2013, 51). Alueelliseen kustannusvaihteluun perustuen pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa työterveyshuolto muodostaa merkittävän tuen kunnalliselle avoterveydenhuollossa, ja kertyneiden palkkasummien perusteella alueiden työnantajilla on enemmän maksukykyä ja mahdollisuuksia ottaa rahoitettavakseen sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa, joka on ollut muilla alueilla rahoitettu kunnallisen järjestelmän kautta.

### 8.3.2 Perushuoltotasaisen avoterveydenhuollon ikäryhmittäiset kustannukset Oulussa

Monikanavarahoituksen tutkiminen neljän rinnakkaisen palvelukanavan käyttönä ja kustannuksina kiinnittyy siihen, että STM asetti (18.3.2014–28.2.2015) työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja rahoitukseen liittyvän osaoptimoinnin purkamiseksi ja luoda kannusteita kokonaiskustannusten vähentämiseksi. Työryhmä käynnisti alueellisia kokeiluhankkeita<sup>109</sup>, joissa Kela oli mukana (STM 2015a: liite 2).

Yhtenä kokeiluhankkeena oli tutkia monikanavarahoitusta perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja työterveyshuollon kokonaisuudessa Oulussa. Kaupungissa oli tutkittu monikanavarahoituksen näkökulmasta valinnanvapausmallin toteutumisesta perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajapalveluissa (Pikkujämsä ym. 2014) ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kustannuksia (Leskelä ym. 2013). Myös Oulun Työterveys Oy -liikelaitos ja Nordic Healthcare Group olivat tutkineet palveluiden hoitoketjuja vuosina 2011–2012 (Pikkujämsä ym. 2014, 20). Tutkimuksissa ei ollut mukana työterveyshuollon yksityisiä palveluntuottajia.

Tämä tutkimus perustuu Kelan, Oulun kaupungin, Sitran ja työterveyshuollon laajan Oulun sosiaali- ja terveydenhuollon yksilötason rekisteritutkimushankkeen esitutkimusaineistoon. Laajensimme monikanavarahoituksen näkökulmaa tutkimalla ilmiötä perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon neljän rinnakkaisen palvelukanavan kokonaisuudessa. Monikanavarahoituksen palvelukanavat ovat kunnallisesti järjestetty perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto, työnantajien järjestämä kunnallisesti ja yksityisesti tuotettu työterveyshuolto, sairausvakuutuksen

<sup>109</sup> Ns. virtuaalikokeiluhankkeissa 1) Jyväskylän yliopisto tutki rahoituksen kohdentumista eri sairausryhmissä Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin, Jyväskylän kaupungin, Kainuun sairaanhoitopiiriin ja Kelan kanssa, 2) Jyväskylän kaupunki, THL ja Kela tutkivat hammashuollon valinnanvapausmallia, 3) Lappeenrannan tekninen korkeakoulu ja Kela tutkivat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiriin Eksoten matkakorvauksia sekä 4) Kela ja Eksote alueen lääkekorvauksia.



osin korvaamat yksityiset palvelut ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palvelut<sup>110</sup> Oulussa vuonna 2013. Koska vastaavia avoterveydenhuoltopalveluja on järjestetty, rahoitettu ja tuotettu rinnakkain kaikissa suurimmissa kaupungeissa<sup>111</sup>, Oulu on alueellinen tapausesimerkki eli *case* monikanavarahoituksesta rahoitusjärjestelmänä. Työterveyshuollon alueellisen kustannusaineiston perusteella työterveyshuollon kustannusten osuus vaihteli suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa noin 25–40 prosentin välillä avoterveydenhuollon kokonaisuudesta, ja Oulussa kyseinen osuus oli 34 prosenttia (ks. Hujanen ja Mikkola 2013: liitetaulukko 4).

Keskityin erityisesti työterveyshuoltoon, josta kustannus- ja rahoitustietoa oli virallisissa tilastoissa vähiten. Aineistoon liittyvät oleelliset lähteet ja rajaukset olen esittänyt liitteessä 3. Aineistoista nousevia tuloksia olen käsitellyt Kelan seminaareissa<sup>112</sup>, ja työterveyshuoltoon liittyvä artikkeli on julkaistu Suomen Lääkärilehdessä (Hujanen ja Mikkola 2016). Osin työterveyshuoltoon perustuen olen tuottanut Soten rahapuu -visualisointien<sup>113</sup> aineistot, ja olemme tuottaneet laskennallisia simulointeja<sup>114</sup> valintojen ja yksikkökustannusten muutosten vaikutuksista kokonaiskustannuksiin ja rahoitukseen.

Vuonna 2013 Oulussa asui noin 194 000 asukasta, joista oli miehiä (49,7 %) ja naisia (50,3 %) lähes yhtä paljon. Oululaiset olivat keskimäärin nuorempia (36,7 vuotta) kuin koko maan väestö (41,4 vuotta). Oululaisista puolet oli alle 35-vuotiaita, kun koko maassa vastaavan ikäisiä oli vähemmän (41 %). Oulussa oli suhteellisesti enemmän 20–40-vuotiaita ja alle 10-vuotiaita mutta vähemmän yli 45-vuotiaita oli kuin maassa keskimäärin. Kaikissa yliopistokaupungeissa ja Oulussa erityisesti 20-vuotiaiden osuus oli suhteellisesti suurempi kuin koko maassa keskimäärin. (Miettinen ym. 2016, 7.) Opiskelijoita (10,5 %) ja työttömiä (6,8 %) oli enemmän kuin maassa keskimäärin (7,6 % ja 5,2 %) mutta vastaavasti yrittäjiä oli vähemmän (3,1 % vs. 4,6 %). Kaupungeissa oli lähes yhtä paljon palkansaajia kuin koko maassa (39 % vs. 38,5 %). Oululaiset palkansaajat olivat hieman nuorempia (39,8 vuotta) kuin palkansaajat maassa keskimäärin (41,3 vuotta) (ks. Tilastokeskus 2012b).

Vuonna 2013 Oulussa neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan palveluihin kohdistui kustannuksia yhteensä 117 miljoonaa euroa,

110 YTHS:n palveluista kerättiin tietoja ikäryhmittäiseen esitutkimukseen, mutta yksilötasoisessa rekisteriaineistossa niitä ei ollut.

111 Neljä palvelukanavaa ovat toimineet rinnakkain niissä kaupungeissa, joissa yliopisto-opiskelijoiden terveydenhoidon on järjestänyt ja tuottanut YTHS.

112 Ks. esim. <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/2223>.

113 Ks. Soten rahapuu: <https://www.kela.fi/sotenrahapuu> ja Kelan tutkimusblogi: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3170>; <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4348>; <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4815>.

114 Ks. <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3498>.

joista oli kunnallisesti järjestettyjen avoterveydenhuollon palveluiden<sup>115</sup> kustannuksia 52 prosenttia (61 milj. €), työterveyshuollon 28 prosenttia (33 milj. €)<sup>116</sup>, yksityisten lääkäripalveluiden noin 19 prosenttia (22 milj. €) ja YTHS:n noin 2 prosenttia (n. 2 milj. €).

Oulun kaupungin järjestämää perusterveydenhuollon avoterveydenhuoltoa oli käyttänyt kaksi kolmesta (67 %) eli 130 000 oululaista. Työterveyshuoltoa oli käyttänyt noin kolme neljästä (74 %) työterveyshuollon palvelujen piirissä olleesta henkilöstä (50 000/67 600 henkilöä). Yksityisiä osin sairaanhoitovakuutuksen korvaamia lääkäripalveluita oli käyttänyt neljännes (26 %) oululaisista eli 48 320 henkilöä. Yksityisen tutkimuksen ja hoidon palveluita oli hyödyntänyt vajaa viidennes (18 %) oululaisista eli 34 300 henkilöä.

Monikanavarahoituksen laajuuden arvioinnissa työterveyshuollon kustannukset muodostavat erityisen kiinnostuksen kohteen, koska palveluiden käytöstä ei ole ollut aikaisemmin vastaavaa aineistoa. Oululaisten työterveyshuollon yhteensä 33 miljoonan euron kustannuksista oli 29 miljoonaa euroa henkilöihin kohdistettavia ennalta ehkäisevän toiminnan (korvausluokka I) sekä sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon (korvausluokka II) kustannuksia. Palveluntuottajat laskuttivat työnantajilta yleiskustannuksina noin 3,5 miljoonaa euroa. Lisäksi arvioin oululaisille muodostuvan 0,5–0,7 miljoonaa euroa muiden kuin tutkimuskohteena olevien palveluntuottajien kustannuksia. Neljän suurimman palveluntuottajan kustannuksia oli noin 30,8 miljoonaa euroa eli noin 94 prosenttia työterveyshuollon kustannuksista, jotka kohdistin ikä- ja sukupuoliryhmittäin henkilöä kohti.

Kustannukset henkilöä kohti olivat palveluntuottajien laskutukseen perustuvassa aineistossa enimmillään noin 700 euroa. Koska tutkimusaineisto perustuu palveluntuottajien laskutukseen työnantajille, kustannusten ryhmittely korvausluokittain ei välttämättä vastaa työnantajien Kelalle korvaushakemuksissa ilmoittama käyttö- ja kustannustietojen ryhmittelyä. Tiedot eivät välttämättä vastaa sitä, olisivatko ne Kelan korvattavaksi kustannuksiksi hyväksymiä.<sup>117</sup> Työterveyshuollon piiriin kuului enemmän miehiä kuin naisia, mutta naiset käyttivät enemmän palveluja (Hujanen ja Mikkola 2016, 55).

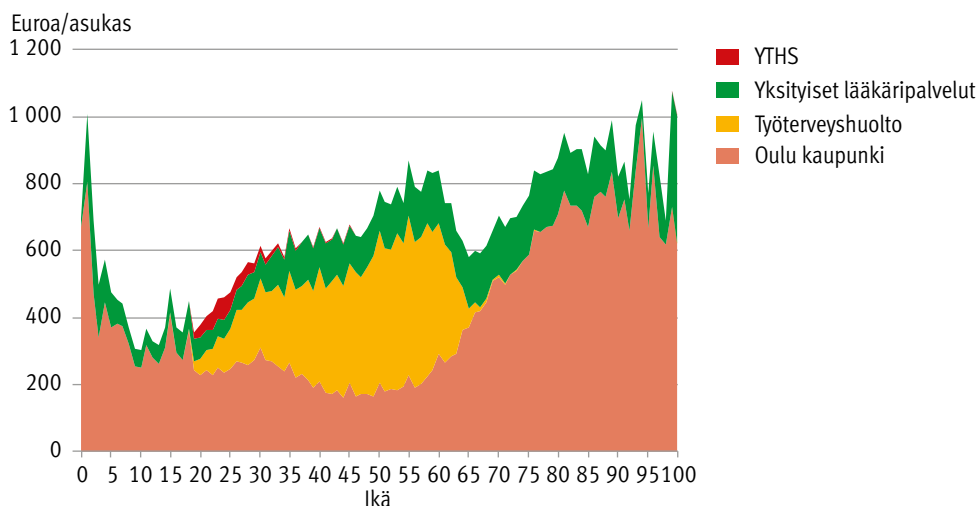
115 Kustannuksista muodostui kaupungin omilla terveysasemilla 62 %, Sepän terveysasemalla 3 %, keskitetyissä palveluissa 14 %, yhteispäivystyksessä 10 % ja kuntoutuksessa 9 %. Esimerkiksi Oulun kaupungin omien terveyspiirien kustannuksissa oli mukana vastaanottotoiminnan, terveysneuvonnan, kouluterveydenhuollon ja perhepalveluiden kustannuksia.

116 Oulussa palveluntuottajien työnantajilta laskuttamiin kustannuksiin sisältyi yrittäjien työterveyshuoltoa, jonka osuus oli vain noin 0,2 % työterveyshuollon arvioiduista kokonaiskustannuksista. Koko maassa yrittäjien työterveyshuollon vastaava osuus oli 0,9 % (yrittäjien työterveyshuolto: 7,3 milj. € / (työnantajien työterveyshuolto 777,9 milj. € + yrittäjien tth 7,3 milj. €) vuonna 2013 (Kela 2014b ja c).

117 Vuonna 2013 työnantajat ilmoittivat Kelalle työterveyshuollon kustannuksia 786,5 milj. €, joista Kela hyväksyi korvattaviksi kustannuksiksi 98,6 % (775,7 milj. €). Kela maksoi työnantajille korvauksia työtulovakuutusrahastosta 43,3 % (335,5 milj. €) korvattaviksi hyväksyttävistä kustannuksista (Kela 2015).

Oulun aineistoon perustuen hahmotan kuvioissa 17–19 monikanavarahoituksen laajuutta perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon kustannuksina ja rahoituksena vuonna 2013. Kuviossa 17 esitän neljän palvelukanavan käytön 117 miljoonan euron kustannusten jakautumisen ikäryhmittäin asukasta kohti. Yksityisissä palveluissa ja työterveyshuollossa oli mukana erikoislääkäritasoisia sairaanhoitoa. Keskimääräiset kustannukset olivat kunnallisessa perusterveydenhuollossa 314 euroa, työterveyshuollossa 168 euroa<sup>118</sup>, yksityisissä palveluissa 111 euroa ja YTHS:n palveluissa 10 euroa asukasta kohti. Ikäryhmittäin eniten kuluja kohdistuu 1-vuotiaisiin ja vanhimpien ikäryhmien (75 vuotta täyttäneiden) lisäksi noin 50–60-vuotiaille. Työterveyshuollon osuus kasvattaa merkittävästi työikäisiin (erityisesti 30–65-vuotiaisiin) ikäryhmiin kohdistuvia kustannuksia. Eläkkeelle siirtyvien kustannukset ovat pienempiä kuin heitä nuoremmilla, mutta iän karttuessa ne kasvavat. Muutoin ikäryhmittäiset kustannukset ovat vastaavia kuin valtakunnallisessa arvioinnissa (ks. Hujanen ym. 2008b; Kapiainen ja Eskelinen 2014).

**Kuvio 17.** Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon<sup>a</sup> palvelukanavan kustannukset ikäryhmittäin asukasta kohti Oulussa vuonna 2013.<sup>b</sup>



<sup>a</sup>Ei sisällä suun terveydenhoitoa.

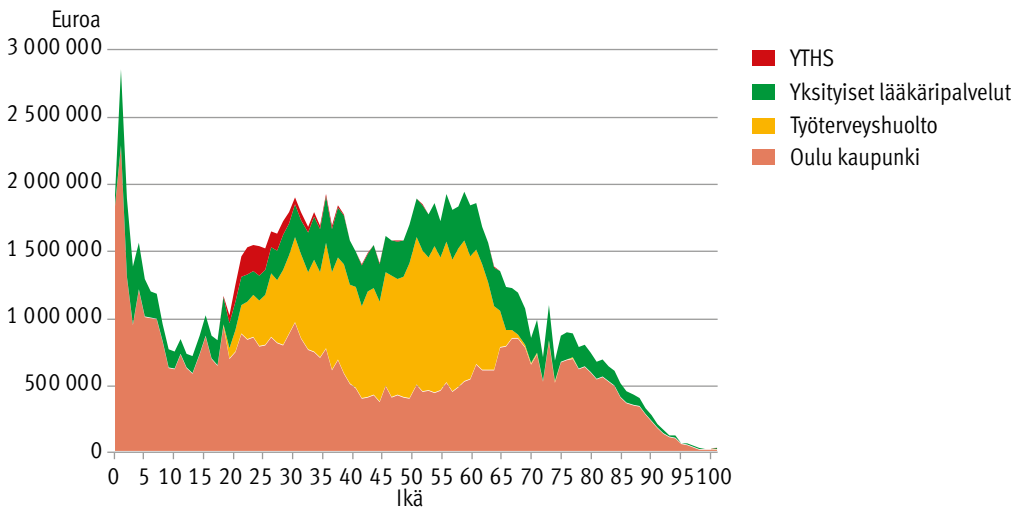
<sup>b</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

Työterveyshuollon kustannusten merkitys kokonaiskustannuksissa vaihtelee ikäryhmittäin (kuvio 18, s. 147). Työikäisiin 18–64-vuotiaisiin kohdistuvista kustannuksista 42 prosenttia muodostui työterveyshuollossa ja yhteenlaskettuna 62 prosenttia muual-

<sup>118</sup> Mukana oli 32,5 milj. € työterveyshuollon kustannuksia oululaisille työterveyshuoltoa tuottaneilta yrityksiltä Terveystalolta, Mehiläiseltä, Oulun Työterveydeltä, Attendolta, Pohjois-Suomen Työterveydeltä, Caritas Lääkäreiltä ja Coronarialta. Jos arvioinnissa olisi ollut lisäksi n. 0,7 milj. € muilta tuottajilta, olisivat työterveyshuollon kustannukset n. 171 €/asukas.

la kuin kunnallisessa terveydenhuollossa. Työikäisten 30–60-vuotiaiden kustannuksista työterveyshuollon kustannukset muodostavat puolet. Taustalla on se, että tällä väestöllä opiskeluterveydenhuolto on loppunut, kunnallisen äitiyshuollon tarve on vähenevää ja työterveyshuollon käyttö on suurimmillaan. Ikäryhmittäisissä kokonaiskustannuksissa tapahtuu huomattava vähentyminen ikäryhmissä, joilla työterveyshuoltoa ei enää ole. Palveluja eniten tarvitsevat todennäköisesti siirtyvät erikoissairaanhoidon ja iän karttuessa myöhemmin vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen piiriin, jotka on rajattu tämä tutkimuksen ulkopuolelle (vrt. Kapiainen ja Eskelinen 2014).

**Kuvio 18.** Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon<sup>a</sup> palvelukanavan kokonaiskustannukset ikäryhmittäin Oulussa vuonna 2013.<sup>b</sup>



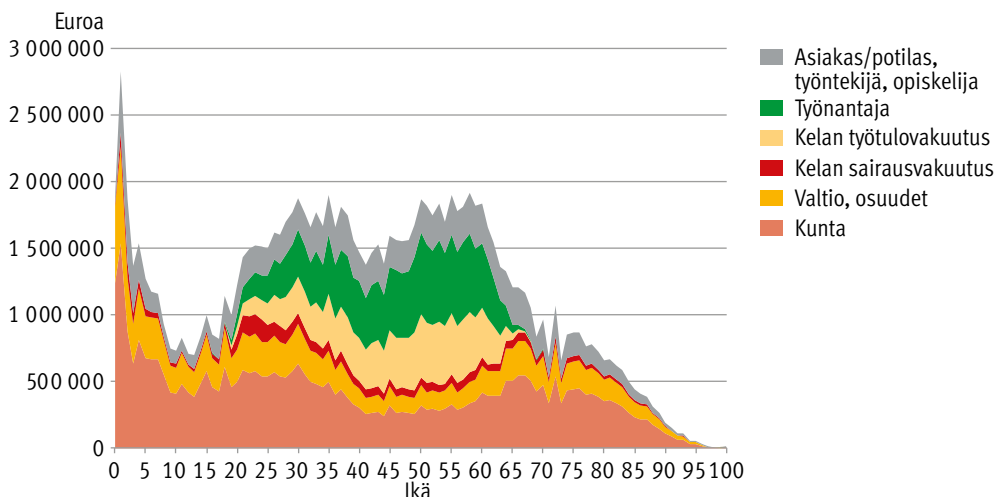
<sup>a</sup>Ei sisällä suun terveydenhoitoa.

<sup>b</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

Neljän avoterveydenhuollon palvelukanavan kustannusten rahoitusta voidaan arvioida rahoittajittain (kuvio 19, s. 148). Arviointia varten hyödynsin tutkimusaineiston lisäksi tietoja valtakunnallisista rahoitusosuuksista (Kela 2015; THL 2016b). Kokonaisuuden suurin rahoittaja on Oulun kaupunki, jonka rahoitusosuus on yli kolmannes (35 %). Muu rahoitus jakautuu melko tasaisesti kotitalouksien palveluiden käyttöön perustuviin asiakasmaksuihin ja omavastuuosuuksiin (17 %), valtion rahoitukseen Kelan kautta (17 %), työnantajien työterveyshuollon suoraan rahoitukseen (16 %) ja valtionosuuteen (16 %). Kelan rahoituksena työtulovakuutuksesta<sup>119</sup> rahoitettiin työnantajille korvauksia työterveyshuollon järjestämisestä (12 % kokonaisrahoituksesta) ja sairaanhoitovakuutuksesta väestölle korvauksia yksityisten lääkäripalveluiden käytöstä (5 % kokonaisrahoituksesta).

<sup>119</sup> Työtulovakuutusrahaston työterveyshuollon korvausten rahoituksesta työnantajien osuus oli 70 %, palkansaajien ja yrittäjien 29 % ja valtion 1 % lähinnä yrittäjien työterveyshuollosta.

**Kuvio 19.** Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan<sup>a</sup> ikäryhmittäisten kustannusten rahoittajat Oulussa vuonna 2013.<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Ei sisällä suun terveydenhoitoa.

<sup>b</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

Oulun kaupunki rahoitti kunnallisesta perusterveydenhuollosta 66 prosenttia ja yliopistokaupunkina osan YTHS:n palveluista. Lisäksi kaupunki rahoitti työnantajana työterveyshuoltoa omistamansa Oulun Työterveys Oy liikelaitoksen kautta<sup>120</sup>. Valtio rahoitti kuntaa valtionosuuksilla vajaan kolmanneksella kunnallisista palveluista ja maksoi opetusministeriön vuokratukea YTHS:lle. Työnantajat rahoittivat työterveyshuollon noin 33 miljoonan euron kustannuksia<sup>121</sup> suoraan yli 18 miljoonalla eurolla, jossa on mukana kaupungin työnantajana maksama rahoitus. Kotitalouksien 19,5 miljoonan euron rahoituksesta kului eniten varoja omavastuuosuuksiin yksityisistä lääkäripalveluista (45 %) sekä tutkimuksista ja hoidoista (35 %), asiakasmaksuihin kunnallisesti järjestetyistä palveluista (9 %), toimistomaksuihin (8,5 %) ja opiskelijoiden maksuihin YTHS:lle (2 %). YTHS:n palveluita rahoittivat Kela sairaanhoitovakuutuksesta (58 %), opiskelijat (19 %), kunta (12 %), valtio (9 %) ja muut rahoittajat (2 %).

Yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden sekä hoitajien palveluihin kohdistuvien kustannusten kokonaisuuden suurimmat rahoittajat olivat kunta (40 %) ja työnantajat suoraan (20 %). Valtion rahoitus valtionosuuksina oli yhtä suuri kuin työtulovakuutuksen korvaukset (molemmat 16 %). Vähiten kokonaisuutta rahoit-

<sup>120</sup> Tutkimusta suunniteltaessa sovittiin palveluntuottajien kanssa, että niiden työnantajien laskutukseen perustuvia tietoja ei eritellä ja julkaista tuottajittain, vaan työterveyshuoltoa käsitellään yhtenä kokonaisuutena.

<sup>121</sup> Työterveyshuollon kustannuksista työnantajille maksettiin korvauksia 44 %, jolloin työnantajien maksama suora rahoitusosuus oli 56 %. Työnantajien rahoitusosuuteen sisältyy kuntien työnantajina maksama rahoitus. Oulun työterveyshuollon myyntitulot olivat 7,7 milj. € vuonna 2014, mutta tiedon perusteella ei voi arvioida, kuinka paljon kustannuksista kohdistui Oululle työnantajana.

tivat asiakkaat (6 %) ja sairaanhoitovakuutus (1 %). Esimerkiksi 18–64-vuotiaiden työikäisten sairaanhoidon palveluiden kokonaiskustannuksista muodostui työterveyshuollossa yli puolet (52 %). Työikäisten sairaanhoidon kustannuksista muodostui merkittävä osa kunnallisissa palveluissa (41 %). Kelan sairaanhoito- ja työtulovakuutusrahastojen rahoitusosuuksia<sup>122</sup> en erittele rahoittajittain ja ikäryhmittäin, sillä rahastojen vakuutusmaksujen määräytymiseen vaikuttavat tulot, joita en tutkinut.

Vaikka kuviossa 17–19 perusterveydenhuoltotasoiset ikäryhmittäin esitetyt avoterveydenhuollon palvelut eivät sisällä suun terveydenhoitoa, niissä on mukana palveluita, joita kaikissa palvelukanavissa ei tuoteta, kuten terveyskeskusten neuvolapalveluja ja niissä annettua erikoissairaanhoitoa, keskitettyä päivystystä ja kuntoutusta. Tutkin seuraavaksi ainoastaan niitä palveluita, joita kaikissa palvelukanavissa tuotetaan. Jos arvioituista avoterveydenhuollon palveluista otetaan mukaan vain yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden sekä hoitajien vastaanottotoiminta<sup>123</sup> sekä niihin liittyvät laboratorio- ja radiologiatutkimukset, yleiskustannukset ja käytöstä maksetut asiakasmaksut, palveluiden kokonaiskustannukset ovat 50 miljoonaa euroa. Näistä vastaanottotoiminnan palveluista tuotettiin kunnallisesti 58 prosenttia (29 milj.€), työterveyshuollossa 36 prosenttia (18 milj. €), yksityisessä terveydenhuollossa 4 prosenttia (2 milj. €) ja YTHS:ssä 2 prosenttia (1,2 milj. €).

### 8.3.3 Analyyseja monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutuksista

Tutkin seuraavaksi monikanavarahoituksen laajuutta euroissa ja sen vaikutuksia julkisen ja yksityisen rahoittajatahon rahoitusvastuisiin, kun nykyisen perusterveydenhuoltotasoisien avosairanhoidon vastaanottotoiminnan rahoituksessa siirrytään sote-uudistuksessa esitettyjen tavoitteiden mukaisesti kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta eli yhä enemmän kunnallisten palvelujen piiriin Oulussa ja koko maassa. Teen laskennallisia analyyseja, joissa oletan muutosten vaikuttavan sote-uudistuksen valmistelussa esitettyjen tavoitteiden mukaisesti vain vastaanottotoiminnan julkisen ja yksityisen rahoittajan rahoitusvastuuseen. En tee oletuksia siitä, mitä tapahtuisi, jos vain osa palvelun käyttäjistä siirtyisi kunnalliseen palvelukanavaan tai rahoituksen määrä tai lähteet muuttuisivat. Koska yksikanavaisuus–kaksikanavaisuus–näkökulmissa (viranomaiselvityksissä ja hallitusohjelmissa)<sup>124</sup> ei ole tunnistettu väestön maksamia asiakasmaksuja ja muuta yksityistä rahoitusta omaksi rahoituskanavakseen, käsittelen rahoitusta vastaavalla tavalla. Siten kaikki palvelut rahoitetaan 1) vain

122 Sairaanhoitovakuutusrahaston 2,3 miljardin euron rahoitus vuonna 2013 koostui vakuutettujen sairaanhoitovakuutusmaksuista (52 %) ja valtion (48 %) rahoituksesta. Kelan työtulovakuutusrahaston 2,4 miljardin euron rahoitus koostui työnantajien sairausvakuutusmaksuista (67 %), palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksuista (27 %) ja loput valtion rahoituksesta (vähimmäispäivärahat, vanhempainpäivärahat, osuus yrittäjien työterveyshuollossa). (Kela 2015, 159.)

123 Työterveyshuollossa ovat mukana sairaanhoidon käynnit neljän suurimman palveluntuottajan työterveyshuollon lääkäreillä ja terveydenhoitajilla ml. laboratorio- ja radiologisen tutkimukset ja yleiskustannukset vuonna 2013. Mukana ei ole mm. käyntejä erikoislääkäreillä.

124 Vrt. THL:n asiantuntijaryhmän mukaan (THL 2012b) siirrytään ”[k]ohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa” ja Juha Sipilän hallitusohjelman (VNK 2015a, 28) mukaan: ”– siirrytään yksikanavaisen rahoitusmalliin huomioiden työterveyshuollon asema”.

yksikanavaisesti kunnallisen rahoituskanavan kautta, mitä on pidetty vuodesta 2015 sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena. Kuitenkin käytännössä palvelut rahoitettiin 2) kaksikanavaisesti, kunnallisesti ja työterveyshuollon kautta, koska työterveyshuolto on jätetty sote-uudistuksen ulkopuolelle. Analyysien tuloksia ei ole esitetty tai julkaistu aikaisemmin.

Sote-uudistuksessa oli käytännössä tarkoitus siirtyä kohti julkisen rahoituksen kaksikanavaisuutta, jossa kunnallisen järjestelmän rinnalle jäisi osin Kelan kautta rahoitettu työterveyshuolto ja valtion osin rahoittama YTHS. Kohdistan arvioinnin Oulun neljän rinnakkaisen palvelukanavan eli kunnallisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon, työterveyshuollon sairaanhoidon (Kelan korvausluokan II), sairausvakuutuksen osin korvaamien yksityisten palvelujen ja YTHS:n sairaanhoidon vastaanottotoimintaan. Aineistoon liittyvät oleelliset lähteet ja rajaukset esitän liitteessä 3.

Kuvaan ensin arvioimieni palveluiden käytön kustannukset ja niiden rahoituksen Oulussa vuonna 2013. Tämän jälkeen esitän tuloksia kahdesta analyysimallistani, joihin avosairaanhoidon monikanavaraahoituksen vähentämisessä siirrytään:

1. kohti yksikanavaisuutta, jolloin kaikki avosairaanhoidon palvelut ovat kunnallisesti järjestettyjä ja ne rahoitetaan pääosin julkisesti ja asiakasmaksut ovat samat kaikille
2. kohti kaksikanavaisuutta, jossa oletan, että kaikki sairaanhoitovakuutuksen korvaamia yksityisiä palveluita käyttäneet siirtyvät käyttämään maakunnallisen järjestäjän palveluita, joissa asiakasmaksut ovat yhtä suuret kaikille (työnantajien työterveyshuolto ja YTHS:n palvelut säilyvät osin sairausvakuutuksen kautta rahoitettuna omina palvelukanavinaan).

Analyysissa 1 arvioin muutosta lähtötilanteesta kohti tilannetta, jossa kaikki palvelut ovat lopulta yhdessä kunnallisessa palvelukanavassa. Vaikka työterveyshuollon sairaanhoito on vielä jätetty sote-uudistuksen ulkopuolelle, sen kautta tuotetun sairaanhoidon vähentämiseksi on esitetty poliittisia vaatimuksia (luku 7.1.2). Analyysissa on mukana työterveyshuollon sairaanhoito, mutta ei sen ennalta ehkäisevää toimintaa. Analyysi 2 on ajankohtaisesti sote-uudistuksen suunnitelmien mukainen: sairaanhoitovakuutus poistuu, mutta työterveyshuolto ja YTHS säilyvät omina palvelukanavinaan kunnallisten palvelujen rinnalla.

#### *Perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan kustannukset Oulussa*

Oulun neljässä rinnakkaisessa palvelukanavassa tuotetun yleislääkärien sairaanhoidon vastaanottotoiminnan yksikkökustannukset vaihtelevat pienimmillään työterveyshuollon 81 eurosta terveyskeskuksen 140 euroon. Palvelukanavissa ei ole mitään yhteistä määritelmää käyntien tai kontaktien sisällöistä, ja esimerkiksi käynteihin kohdistuvien tutkimusten kustannuksissa on vaihteluja. Yksikkökustannusten vaih-

telun taustalla on luonnollisesti se, että potilaiden hoitoisuus eri palveluissa vaihtelee, ja terveyskeskukset vastaavat koko väestöstä. Tässä tutkimuksessa ei voida arvioida kustannuksia potilaiden hoitoisuuden mukaan. Kun yksityisten vastaanottojen kustannuksiin lasketaan tutkimusten keskimääräiset kustannukset, asiakasmaksut ja toimistomaksut, yhteenlasketut kustannukset ovat toiseksi suurimmat. (Taulukko 14.)

**Taulukko 14.** Perusterveydenhuoltotasoisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan yksikkökustannuksia (€/suorite) Oulussa vuonna 2013.<sup>a</sup>

	Yhteensä €/kontakti tai käynti	Josta eriteltynä €/suorite			Erikseen	
		Henkilö- kontaktit	Tutkimukset		€/netti- kontakti	€/puhelin- kontakti
			Laboratorio	Radiologia		
Terveyskeskus <sup>b</sup> , lääkäri	140,2	103,4	26,6	10,2	27,3	16,4
Terveyskeskus <sup>b</sup> , hoitaja	65,7	65,7			11,6	6,9
Työterveyshuolto <sup>c</sup> , lääkäri	80,7	54,0	18,4	8,3		
Työterveyshuolto <sup>c</sup> , hoitaja	40,9	40,9				
Yksityinen lääkäri <sup>d</sup> (sv)	125,8	88,0	16,7	21,1		
YTHS <sup>e</sup> , lääkäri	100,8	100,8			48,3	

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

<sup>b</sup>Oulun kaupungin oman toiminnan lisäksi Sepän terveysaseman kustannuksia n. 1,1 milj. €.

<sup>c</sup>Sisältää työntekijöiden kohdistettavien kustannusten lisäksi työnantajilta perittävien yleismaksut.

<sup>d</sup>Sisältää toimistomaksuja 15 € vastaanottokäyntiä kohti.

<sup>e</sup>Kustannustietoja ei voitu eritellä. Netti- ja puhelinkontaktit yhdessä ovat ns. muuta potilastyötä.

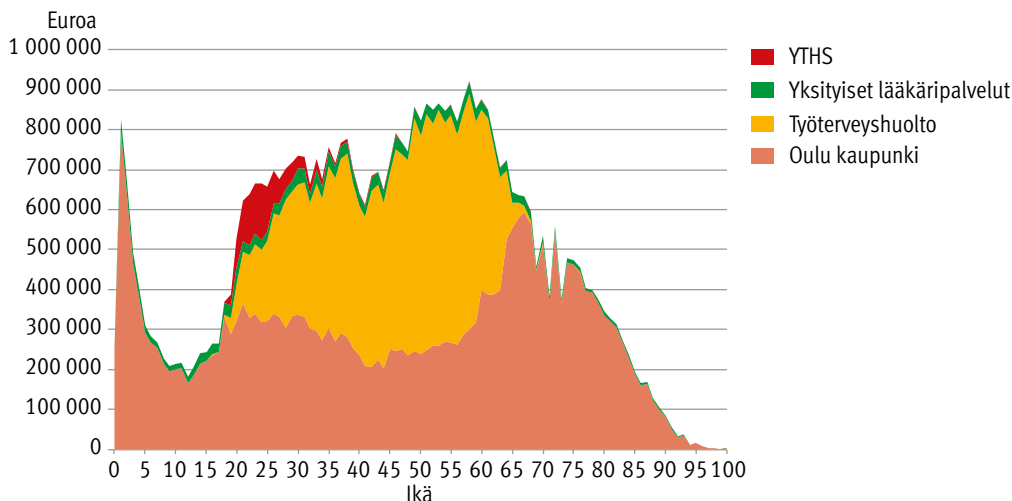
Arvioimani avosairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat Oulussa tasan 50 miljoonaa euroa, kun mukaan lasketaan kaikkiin käynteihin ja kontakteihin kohdistuvat kustannukset. Kokonaiskustannuksista 30 miljoonaa euroa muodostui terveyskeskuksissa (60 %), 18 miljoonaa euroa työterveyshuollossa (36 %) ja loput muissa palveluissa (yksityiset palvelut 4 % ja YTHS 2 %). Kustannuksista kohdistui 28 miljoonaa euroa lääkäreihin (56 %) ja 11 miljoonaa euroa sekä hoitajiin (22 %) että tutkimuksiin yhteensä (22 %). (Taulukko 15, s. 151.)

Työikäisten 18–64-vuotiaiden kustannuksista suurin osa muodostui työterveyshuollossa (52 %) ja kunnallisissa palveluissa (41 %). 18–30-vuotiaiden kustannuksista muodostui puolet kunnallisissa palveluissa (51 %), vajaa kolmannes työterveyshuollossa (29 %) ja kymmenesosa YTHS:n (11 %) palveluissa. Alle 18-vuotiaiden ja yli 64-vuotiaiden kustannuksista valtaosa muodostui kunnallisissa palveluissa (94 ja 96 %). Yksityisten palvelujen osuus oli ikäryhmittäin 2–6 prosenttia. (Kuvio 20, s. 151.)



**Taulukko 15.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan kustannuksia (milj. €) Oulussa vuonna 2013.<sup>a</sup>

	Yhteensä kontaktit ja käynnit milj.€	Josta eriteltynä, milj. €			Erikseen, milj. €	
		Henkilö- kontaktit	Tutkimukset		Netti- kontaktit	Puhelin- kontaktit
			Laboratorio	Radiologia		
Terveyskeskus <sup>b</sup> , lääkäri	19,1	14,1	3,6	1,4	0,1	0,3
Terveyskeskus <sup>b</sup> , hoitaja	9,2	9,2			0,1	0,1
Työterveyshuolto <sup>c</sup> , lääkäri	16,3	10,9	3,7	1,7		
Työterveyshuolto <sup>c</sup> , hoitaja	1,6	1,6				
Yksityinen lääkäri <sup>d</sup> (sv)	2,0	1,4	0,3	0,3		
YTHS, lääkäri <sup>e</sup>	0,7	0,7			0,5	
<b>Yhteensä</b>	<b>48,9</b>	<b>37,2</b>	<b>7,6</b>	<b>3,4</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.<sup>b</sup>Oulun kaupungin oman toiminnan lisäksi Sepän terveysaseman kustannuksia n. 1,1 milj. €.<sup>c</sup>Sisältää työntekijöiden kohdistettavien kustannusten lisäksi työnantajilta perittävien yleismaksut.<sup>d</sup>Sisältää toimistomaksuja 15 € vastaanottokäyntiä kohti.<sup>e</sup>Kustannustietoja ei voitu eritellä. Netti- ja puhelinkontaktit yhdessä ovat ns. muuta potilastyötä.**Kuvio 20.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan kustannukset (€) palvelukanavittain ja ikäryhmittäin Oulussa vuonna 2013.<sup>a</sup><sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

### *Yleislääkärien ja hoitajien perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan rahoitus Oulussa*

Oulun perusterveydenhuoltotasaisen vastaanottotoiminnan 50 miljoonan euron rahoituksesta kaupunki rahoitti 40 prosenttia ja valtionosuudet 16 prosenttia. Työnantajien suora rahoitusosuus oli 20 prosenttia. Kelan rahastojen kautta palveluista rahoitettiin vajaa 18 prosenttia (työtulovakuutus 16 % ja sairaanhoitovakuutus 2 %). Kotitaloudet, asiakkaat, potilaat ja opiskelijat rahoittivat palveluista asiakasmaksuina, omavastuuosuuksina ja toimistomaksuina 6,2 prosenttia. (Taulukko 16.)

**Taulukko 16.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan rahoitus (milj. €) Oulussa vuonna 2013.<sup>a</sup>

	Asiakkaat ja potilaat, opiskelijat	Työnantajat suoraan	Kelan työtulo- vakuutus	Kelan sairaanhoito- vakuutus	Valtion osuudet kunnalle ym.	Kunnan oma rahoitus
Terveyskeskus <sup>b</sup>	1,2				7,8	19,9
Työterveyshuolto <sup>c</sup>		10,1	7,8			
Yksityiset palvelut <sup>d</sup> (sv)	1,6			0,3		
YTHS <sup>e</sup>	0,4			0,7	0,1	0,1
Yhteensä	3,1	10,1	7,8	1,1	7,9	20,1

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

<sup>b</sup>Oulun kaupungin oman toiminnan lisäksi Sepän terveysaseman kustannuksia n. 1,1 milj. €.

<sup>c</sup>Sisältää työntekijöiden kohdistettavien kustannusten lisäksi työnantajilta perittävät yleismaksut.

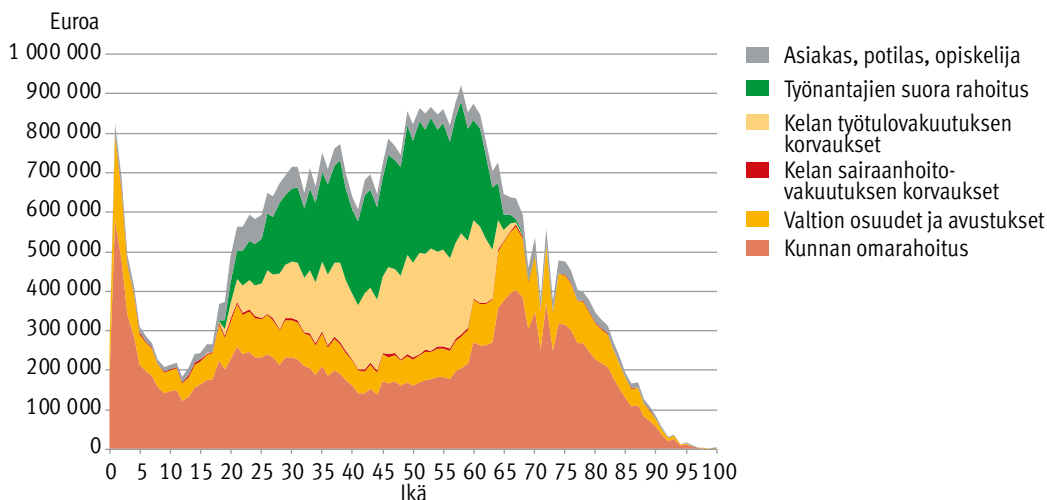
<sup>d</sup>Sisältää toimistomaksuja 15 € vastaanottokäyntiä kohti.

<sup>e</sup>Valtion rahoituksessa on laskennallinen arvio opetusministeriön avustus (0,11 milj. €)

<sup>f</sup>Eriteltyjen lukujen desimaalien pyöristykset on otettu huomioon.

Esimerkiksi työikäisten 18–64-vuotiaiden kaikkien palveluiden 34 miljoonan euron rahoituksesta oli Oulun kaupungin omaa rahoitusta 19 prosenttia ja 7 prosenttia tuli pääasiassa valtionosuuksina kaupungille. Kelan työtulovakuutuksesta näistä palveluista rahoitettiin vajaa 16 prosenttia ja alle prosentti sairaanhoitovakuutuksesta. Työnantajat rahoittivat palveluista viidenneksen (20 %:n osuus, josta työnantajat eivät saa korvauksia). Työikäisten palveluiden rahoituksesta kotitaloudet rahoittivat käyttöön perustuvilla maksuilla 4,2 prosenttia. (Kuvio 21, s. 154.)

**Kuvio 21.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan ikäryhmittäisen kustannusten rahoittajat Oulussa vuonna 2013.<sup>a</sup>



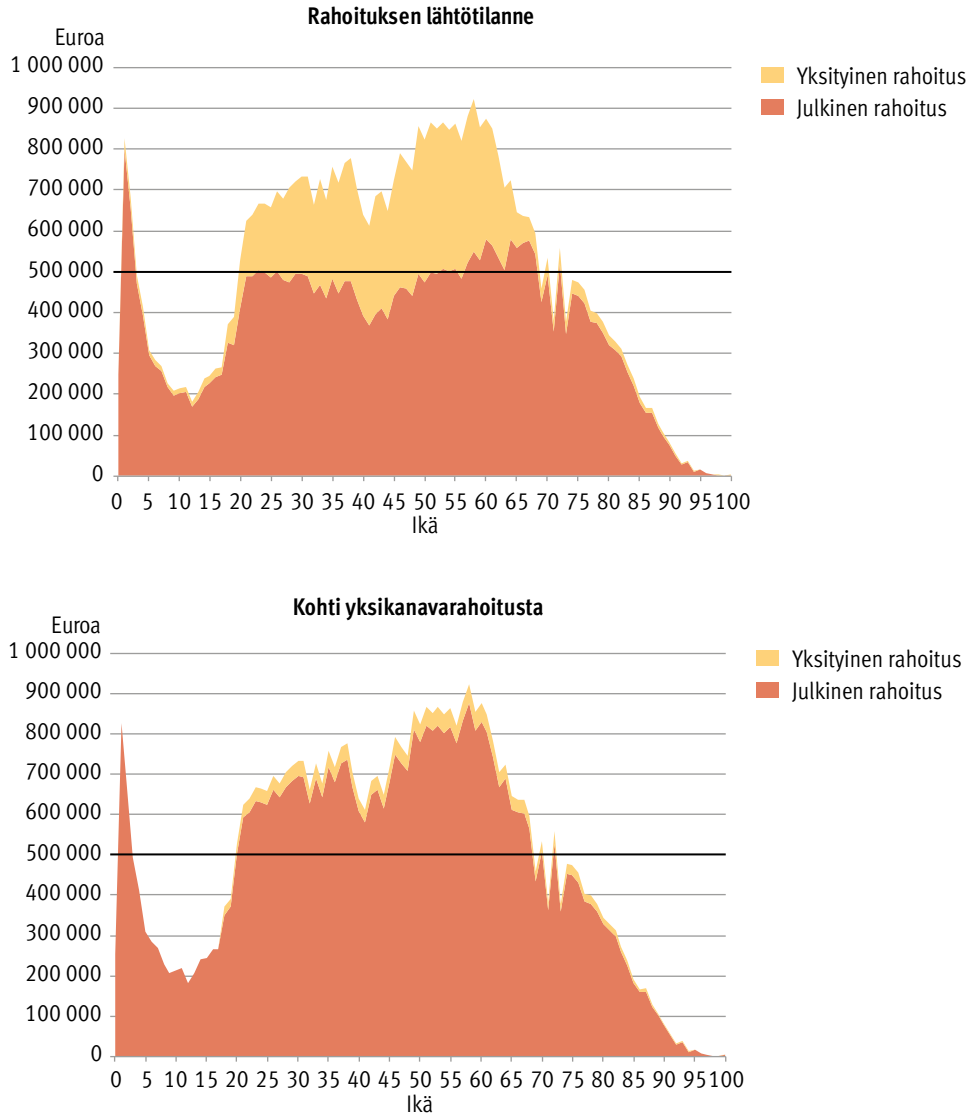
<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

**Analyysi 1: Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkäreiden ja hoitajien vastaanottotoiminnan rahoituksessa siirrytään kohti yksikanavaisuutta Oulussa.** Kaikki avosairaanhoidon palvelut ovat kunnallisesti järjestettyjä, ne rahoitetaan pääosin julkisesti ja asiakasmaksut ovat samat kaikille.

Arvioin rahoitusvaikutuksia kunnan ja valtion julkisesta rahoituksesta sekä yksityisestä rahoituksesta, joka liittyy kotitalouksien palveluiden käyttöön ja työntantajien rahoitukseen. Lähtötilanteessa kunkin palvelukanavan kustannukset kuvaavat palveluiden rahoittamiseksi tarvittavia voimavaroja riippumatta tulevasta palvelukanavasta. Oletan, että järjestelmän yksikanavaisuustavoitteen mukaisesti luovutaan kokonaan valtion sairausvakuutuksen korvauksista ja samalla poistuu työntantajien työterveyshuollon sairaanhoidon suora rahoitustarve. Kaikki sairausvakuutuksen korvaukset (8,8 milj. €) siirretään kunnallisten palvelujen rahoitukseen, mutta julkisella ja kotitalouksien rahoituksella on katettava poistuva työntantajien rahoitusosuus. Koska kotitalouksien osuuden rahoituksesta on oltava lähtötilanteessa kaikissa palvelukanavissa yhtä suuri kuin lähtötilanteessa kunnallisissa palveluissa, työntantajien rahoitusosuuden poistuminen (10,1 milj.€) tulee kuntien rahoitettavaksi. En ota huomioon palvelukanavien vähentymisestä tai yksikkökustannusten mahdollisesta pienenemisestä aiheutuvia säästöjä. Oulun kunnallisissa palveluissa asiakasmaksujen osuus oli 4,1 prosenttia<sup>125</sup> kokonaiskustannuksista. Kuviossa 22 (s. 155) havainnollistan sitä, miten siirtyminen kohti yksikanavaisuutta vaikuttaa julkiseen ja yksityiseen rahoitukseen.

<sup>125</sup> Vrt. koko maassa kotitalouksien asiakasmaksujen rahoitus oli 5,6 % (58 milj. €) ns. terveyskeskusten muun avohoitotoiminnan (lääkärit ja muu ammattihenkilöstö) sekä laboratorio- ja radiologiatutkimusten yhteenlasketusta kustannuksesta (1,0 mrd. €) vuonna 2013 (Tilastokeskus 2014). Vaikka kustannusryhmät poikkeavat toisistaan, Oulussa arvioitu kotitalouksien rahoitusosuus (4,1 %) vaikuttaa pienemmältä kuin koko maan terveyskeskuksissa.

**Kuvio 22.** Perusterveydenhuoltotasoisen avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan julkinen ja yksityinen rahoitus Oulussa vuonna 2013 (ylhäällä) sekä teoreettinen analyysi siirtymisestä kohti yksikanavarahoitusta.<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

Analyysin tuloksena Oulussa avosairaanhoidon vastaanottopalveluissa siirtyminen kohti yksikanavarahoitusta lisäisi julkista rahoituksen tarvetta 30 prosenttia eli 11 miljoonaa euroa ja vastaavasti yksityisen rahoituksen tarve vähenisi. Yksityisen rahoituksen väheneminen johtuisi pääosin työnantajien työterveyshuollon suoran rahoituksen (10 milj. €) poistumisesta. Kotitalouksien (asiakkaiden, potilaiden ja

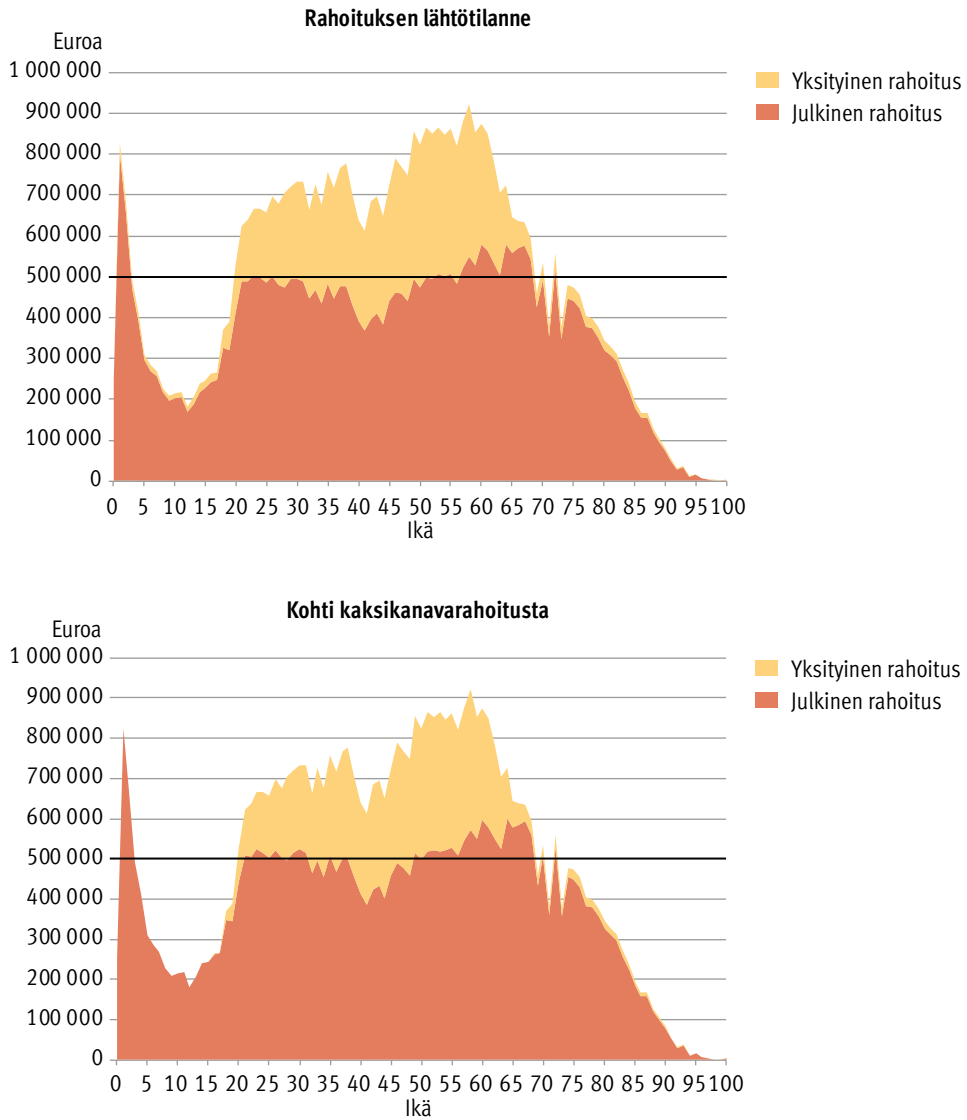
opiskelijoiden) palveluiden rahoitusosuus vähenisi 3,1 miljoonasta eurosta 2,1 miljoonaan euroon, jos kaikki maksaisivat avosairaanhoidon yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan palveluista yhtä paljon kuin kunnallisia palveluita käyttäneet ovat maksaneet. Kun kaikki asiakkaat siirtyisivät kunnalliseen terveydenhuoltoon, sen asiakasmaksutulot kasvaisivat 0,9 miljoonaa euroa (1,2 milj. € → 2,1 milj. €). Jos yksikanavaisuudessa julkista rahoitusta ei lisättäisi, olisi palveluiden rahoittamiseksi asiakasmaksutuloja lisättävä muutosten jälkeen yli viisinkertaisiksi ( $5,3 \times 2,1$  milj. € = n. 11 milj. €) tai noin nelinkertaisiksi verrattuna lähtötilanteeseen ( $3,6 \times 3,1$  milj. € = n. 11 milj. €).

**Analyysi 2: Yleislääkärien ja hoitajien perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan rahoituksessa siirrytään kohti kaksikanavaisuutta Oulussa.** Kaikki sairaanhoitovakuutuksen korvaamia yksityisiä palveluita käyttäneet siirtyvät käyttämään maakunnallisen järjestäjän palveluita, joissa asiakasmaksut ovat yhtä suuret kaikille. Työterveyshuolto ja YTHS:n palvelut säilyvät erillisesti rahoitettuna omina palvelukanavinaan.

Sairaanhoitovakuutuksesta maksettujen korvausten osuuden yhdistän analyysissa maakuntien rahoitukseen. Kaikki yksityisiä yleislääkäripalveluita käyttäneet siirtyvät käyttämään kunnallisia palveluita, joiden käyttöön perustuvat rahoitusosuudet vastaavat lähtötilanteen kotitalouksien maksamia rahoitusosuuksia. Työterveyshuolto säilyy työtulovakuutuksen kautta korvattuna ja pääosin työnantajien suoralla rahoituksella rahoitettuna. YTHS:n rahoitus julkisesti ja opiskelijoiden rahoittamana säilyy ennallaan. Kuviossa 23 (s. 157) havainnollistan analyysin 2 muutosten rahoitusvaikutuksia.

Analyysin tuloksena Oulussa avosairaanhoidon vastaanottopalveluissa siirtyminen kohti kaksikanavarahoitusta lisäisi julkista valtion ja kunnan lisärahoituksen tarvetta 1,5 miljoonaa euroa (36,8 milj. € → 38,4 milj. €, muutos +4,1 %) ja vastaavasti vähentäisi yksityisen rahoituksen tarvetta. Kuviossa 23 poikkiviivan avulla voi havaita, että julkisen rahoituksen osuus kasvaa analyysissa 2 mutta huomattavasti vähemmän kuin analyysissa 1. Oleellista on se, että työnantajien oletetaan rahoittavan työterveyshuollon sairaanhoitoa kuten ennenkin. Kotitalouksien eli asiakkaiden, potilaiden ja opiskelijoiden rahoitusosuus vähenisi 3,1 miljoonasta eurosta 1,5 miljoonaan euroon, jos kaikki maksaisivat vastaanottotoiminnan palveluista yhtä paljon kuin kunnallisia palveluita käyttäneet ovat maksaneet. Kunnallisessa terveydenhuollossa asiakasmaksuista tuleva rahoitus kasvaisi 0,1 miljoonaa euroa, kun yksityisiä palveluita käyttäneet siirtyisivät käyttämään kunnallisia palveluita. Jos kaksikanavaisuudessa julkista rahoitusta ei lisättäisi, olisi palveluiden rahoittamiseksi kaikkia asiakasmaksutuloja lisättävä muutosten jälkeen kaksinkertaisiksi 1,5 miljoonasta eurosta noin 3,1 miljoonaan euroon, mikä vastaisi yhteenlaskettua asiakasmaksukertymää lähtötilanteessa.

**Kuvio 23.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan julkinen ja yksityinen rahoitus Oulussa vuonna 2013 (ylhäällä) sekä laskennallinen analyysi siirtymisestä kohti kaksikanavarahoitusta.<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

### *Yleislääkärien perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan kustannukset koko maassa*

Koko maan aineistoon liittyvät oleelliset lähteet ja rajaukset esitän liitteessä 2. Oleellinen ero koko maan aineiston ja Oulun aineiston välillä on se, että koko maan aineistossa on mukana yleislääkäreiden vastaanottotoimintaan kohdistuvat kustannukset eli mukana ei ole terveyden- ja sairaanhoitajien vastaanottotoiminnan kustannuksia kuten Oulun aineistossa. Koko maan neljässä rinnakkaisessa palvelukanavassa tuotettujen, avosairaanhoidon yleislääkäreille kohdistuvien yhteydenottojen tai käyntien yksikkökustannukset vaihtelevat pienimmillään työterveyshuollon 102 eurosta terveyskeskuksen yksityisten yleislääkärien 134 euron kustannukseen. (Taulukko 17.)

**Taulukko 17.** Perusterveydenhuoltotasaisen yleislääkärien avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan kustannuksia (€/kontakti tai käynti) koko maassa vuonna 2013.<sup>a</sup>

	Yhteensä €/yhteydenotto tai käynti	Eriteltynä €/suorite		
		Henkilöiden yhteydennotot	Tutkimukset	
			Laboratorio	Radiologia
Terveyskeskus, lääkäri	120	108	7	5
Työterveyshuolto, lääkäri	102	67	23	12
Yksityinen lääkäri (sv)	134	75	27	32
YTHS, lääkäri <sup>b</sup>	117	84	23	9

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.

<sup>b</sup>YTHS:n toiminnassa mukana muu potilastyö (netti- ja puhelinyhteydennotot), eriteltynä YTHS:n sairaanhoidon vastaanottotoiminta 88 € (josta lääkäri 55 €, laboratoriotutkimukset 11 € ja radiologia 5 €) sekä muu potilastyö 26 €.

Arvioni mukaan avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottotoiminnan kokonaiskustannukset olivat 1,16 miljardia euroa koko maassa, kun mukaan lasketaan kaikkiin käynteihin ja kontakteihin kohdistuvat kustannukset yhteensä. Kustannuksista 675 miljoonaa euroa muodostui terveyskeskuksissa (58 %), 359 miljoonaa euroa työterveyshuollossa (31 %) ja loput muissa palveluissa (yksityiset palvelut 10 % ja YTHS 0,7 %). Kustannuksista 915 miljoonaa euroa kohdistui lääkäreihin (56 %), 149 miljoonaa euroa laboratoriotutkimuksiin ja 96 miljoonaa euroa radiologisiin tutkimuksiin (taulukko 18, s. 159).

Avosairaanhoidon yleislääkäreiden vastaanottotoiminnan arvioidusta 1,16 miljardin euron rahoituksesta suurimman vastuun kantoivat kunnat, joiden osuus rahoituksesta oli 36 prosenttia. Valtionosuudet kunnille ja valtionavustukset muodostivat 19 prosenttia rahoituksesta. Työnantajien rahoitus suoraan työterveyspalveluihin oli 18 prosenttia. Kelan rahastojen kautta palveluista rahoitettiin noin 16 prosenttia (työtulovakuutus 14 %, sairaanhoitovakuutus 3 %). Kotitaloudet asiakkaina, potilaina ja opiskelijoina rahoittivat avosairaanhoidon palveluista 11 prosenttia asiakasmaksuina, omavastuuosuuksina ja toimistomaksuina. (Taulukko 19, s. 159.)

**Taulukko 18.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottotoiminnan kustannuksia (milj. €) koko maassa vuonna 2013.<sup>a</sup>

	Yhteensä yhteydenotot ja käynnit, milj.€	Eriteltynä, milj. €		
		Henkilöiden yhteydenotot	Tutkimukset	
			Laboratorio	Radiologia
Terveyskeskus, lääkäri	675	608	42	25
Työterveyshuolto, lääkäri	359	236	81	42
Yksityinen lääkäri (sv)	117	66	24	28
YTHS, lääkäri	8	6	2	1
Yhteensä	1 160	915	149	96

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.**Taulukko 19.** Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottotoiminnan rahoitus (milj. €) koko maassa vuonna 2013.<sup>a</sup>

	Asiakkaat ja potilaat, opiskelijat	Työntantajat suoraan	Kelan työtulo-vakuutus	Kelan sairaanhoito-vakuutus	Valtion osuudet ja avustukset	Kunnan oma rahoitus	Yhteensä
Terveyskeskus	35				224	416	675
Työterveyshuolto		203	157				359
Yksityiset palvelut (sv)	94			24			117
YTHS	2			5	1	1	8
Yhteensä	131	203	157	29	225	417	1 160

<sup>a</sup>Ks. laskentamenetelmät, rajaukset ja lähteet liitteestä 2.*Laskennallisten analyysien tulokset koko maassa*

**Analyysi 1: Perusterveydenhuoltotasoisessa yleislääkäreiden avosairaanhoidon rahoituksessa siirrytään kohti yksikanavaisuutta koko maassa.** Kaikki avosairaanhoidon palvelut ovat kunnallisesti järjestettyjä, ne rahoitetaan pääosin julkisesti ja asiakasmaksut ovat samat kaikille.

Analyysin tuloksena oletusten mukainen siirtyminen kohti yksikanavarahoitusta koko maan avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottopalveluissa lisäisi julkista lisärahoituksen tarvetta 273 miljoonaa euroa ja vastaavasti yksityisen rahoituksen tarve vähenisi. Yksityisen rahoituksen väheneminen johtuisi pääosin työnantajien suoran rahoituksen (203 milj. €) poistumisesta. Kotitalouksien (asiakkaiden, potilaiden ja opiskelijoiden) palveluiden rahoitusosuus vähenisi 130 miljoonasta eurosta 60 miljoonaan euroon, jos kaikki maksaisivat avosairaanhoidon yleislääkärien vas-



taanottotoiminnan palveluista yhtä paljon kuin kunnallisia palveluita käyttäneet ovat maksaneet. Jos siirryttäessä yksikanavaisuuteen julkista rahoitusta ei lisättäisi, olisi palveluiden rahoittamiseksi asiakasmaksutuloja lisättävä muutosten jälkeen yli nelinkertaisiksi ( $4,6 \cdot 70$  milj. € = n. 273 milj. €) ja kaksinkertaisiksi verrattuna lähtötilanteeseen ( $2,1 \cdot 130$  milj. € = n. 273 milj. €).

**Analyysi 2: Perusterveydenhuoltotasoisessa yleislääkärien avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan rahoituksessa siirrytään kohti kaksikanavaisuutta koko maassa.** Kaikki sairaanhoitovakuutuksen korvaamia yksityisiä palveluita käyttäneet siirtyvät käyttämään maakunnallisen järjestäjän palveluita, joissa asiakasmaksut ovat yhtä suuret kaikille. Työterveyshuolto ja YTHS:n palvelut säilyvät erillisesti rahoitettuna omina palvelukanavinaan.

Analyysin tuloksena koko maassa avosairaanhoidon vastaanottopalveluissa siirtyminen kohti kaksikanavarahoitusta lisäisi julkista valtion ja kunnan lisärahoituksen tarvetta 88 miljoonaa euroa (+11 %) ja vähentäisi vastaavasti yksityisen rahoituksen tarvetta. Kotitalouksien osuus palveluiden rahoituksesta vähenisi 333 miljoonasta eurosta 245 miljoonaan euroon (-26 %), jos kaikki maksaisivat avosairaanhoidon yleislääkärien vastaanottotoiminnan palveluista yhtä paljon kuin kunnallisia palveluita käyttäneet ovat maksaneet. Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksujen summa kasvaisi 34 miljoonasta eurosta 41 miljoonaan euroon (+6 milj. €) yksityisen hoidon potilaiden siirtyessä kunnallisiin palveluihin. Jos julkista rahoitusta ei kaksikanavaisuudessa lisättäisi, olisi asiakasmaksutulot kaksinkertaistettava palveluiden rahoittamiseksi ( $2,1 \cdot 41$  milj. € = n. 87 milj. €) ja kasvatettava 2,5-kertaisiksi verrattuna lähtötilanteeseen ( $2,5 \cdot 34$  milj. € = n. 87 milj. €).

#### 8.3.4 Yhteenveto empiiristen tilastoaineistojen tuloksista

##### *Alueellinen työterveyshuollon kustannusaineisto*

Alueelliset työterveyshuollon kustannuserot kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin olivat suuria. Kun työterveyshuoltoa arvioidaan yhdistetyn kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon (pl. suun terveydenhoidon) ja työterveyshuollon osana, sen osuus arvioituista kustannuksista vaihtelee kunnittain noin 10–40 prosentin välillä. Työterveyshuolto muodostaa merkittävän tuen kunnalliselle perusterveydenhuollon avoterveydenhuollolle isoissa kaupungeissa ja niiden lähikunnissa. Haja-asutusalueille ja pienille kunnille työterveyshuollolla on huomattavasti vähäisempi merkitys. Työterveyshuollon voimavarat ja rahoitus tukevat elinvoimaisten ja kasvavien alueiden kuntien perusterveydenhuoltoa. Kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja työterveyshuollon kustannusten käänteinen yhteys (kuvio 18) tukee käsitystä siitä, että elinvoimaisilla ja kasvavilla alueilla työterveyshuollon rooli on merkittävämpi kuin kunnissa, joissa työterveyshuoltoa on vähän ja toisaalta kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon kustannukset ovat suuria. Työterveyshuollon kustannusten mukaan ottaminen vaikuttaa eri aluei-

den nettomääräisiin kustannuseroihin, mutta työterveyshuoltoa ei oteta huomioon valtionosuuskriteereissä.

Työterveyshuollon ehkäisevän toiminnan sekä sairaanhoidon ja muun terveydenhoidon palveluiden kustannuksissa ja sisällöissä on eroja, mikä oli havaittavissa korvausluokkien I ja II kustannuksissa (kuvio 16). Mitä suuremmat alueen sairaanhoidon kustannukset olivat, sitä suuremmat olivat kokonaiskustannukset. Sairaanhoitoa oli eniten suurissa kaupungeissa ja niiden lähikunnissa. Kela hyväksyy vuosittain sairausvakuutuslain perusteella työterveyshuollon korvauksiin oikeuttaville hyväksyttävillä kustannuksilla ja korvauksille enimmäismäärät työntekijää kohti. Tällöin alueiden väliset keskimääräisten kustannusten ja korvausten erot eivät ole kasvaneet havaittuja eroja suuremmiksi<sup>126</sup>.

### *Oulun ikäryhmittäinen kustannusaineisto*

Oulussa alueelliseen kustannusaineistoon perustuen työterveyshuollon osuus oli 34 prosenttia yhteenlasketuista kunnallisen perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja työterveyshuollon 94 miljoonan euron kustannuksista. Vuonna 2013 vastaava osuus oli 35 prosenttia. Vaikka arvioinnit perustuivat erilaisiin aineistoihin ja menetelmiin (mm. luokitteluissa oli muutoksia), työterveyshuollon osuus kustannuksista oli suuntaa antava. Kun lisäsin perusterveydenhuollon avoterveydenhuoltoon (pl. suunterveydenhoito) yksityiset lääkäripalvelut, tutkimukset ja hoidot sekä YTHS:n palvelut, työterveyshuollon osuus oli reilu neljännes (28 %) neljän rinnakkain toimivan palvelukanavan eli perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon kustannuksista. Työterveyshuollon sairaanhoidon osuus oli 35 prosenttia avosairaanhoidon kokonaiskustannuksista.

Oulun neljän palvelukanavan aineistossa huomattavinta on työikäisten 18–64-vuotiaiden työterveyshuollon kustannusten suuri osuus kokonaiskustannuksista. Kun mukaan otetaan kaikki arvioidut perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon (pl. suunterveydenhoito) kustannukset (117 milj. €), työikäisten palveluiden kustannuksista (76 milj.€) kohdistui 42 prosenttia työterveyshuoltoon ja 38 prosenttia kunnallisiin palveluihin. Jos mukaan otetaan ainoastaan yleislääkärien ja hoitajien vastaanottotoiminnan kustannukset (50 milj. €), työikäisten kustannuksista (34 milj. €) kohdistui 52 prosenttia työterveyshuoltoon ja 41 prosenttia kunnallisiin palveluihin.

Eri palvelukanavissa kustannukset olivat segmentoituneet ikäryhmittäin hyvin voimakkaasti. YTHS:n ja työterveyshuollon palvelukanavien kustannukset muodostuvat luonnollisesti opiskelu- ja työikäisten kustannuksista. Yksityisten palveluiden asiakkaat jakautuvat tasaisesti kaikille ikäryhmille ja painottuvat työikäisten ja heitä

<sup>126</sup> Kun työterveyshuollon alueelliset kustannukset työntekijää kohti suhteutettiin alueilla kertyneisiin palkkasummiin, esimerkiksi Helsingissä kustannukset olisivat voineet olla vielä noin 10 % suuremmat. Vastaavat kustannukset Kajaaniassa olivat palkkasummaan suhteutettuna 30 prosenttia maan keskimääräistä tasoa suuremmat. (Hujanen ja Mikkola 2013, 51.)

iäkkäämpien palveluiden käytön kustannuksiin. Kunnallinen perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto muodostaa hyvin merkittävän osuuden ikäryhmien palveluiden kokonaiskustannuksista.

### *Analyyseja monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutuksista*

Oulun kustannusaineiston ikäryhmittäiset kustannukset ja rahoitus auttavat havainnollistamaan monikanavarahoituksen laajuutta mikrotasolla, yhdessä kaupungissa. Tähän aineistoon perustuen analysoin, että sote-uudistuksessa siirtyminen kohti kaksikanavarahoitusta lisäisi julkisen rahoituksen tarvetta 4 prosenttia ja vähentäisi vastaavasti yksityisen rahoituksen tarvetta. Jos julkista rahoitusta ei haluttaisi lisätä, asiakasmaksurahoitus olisi kaksinkertaistettava. Jos avosairaanhoidon palveluissa siirryttäisiin kohti yksikanavarahoitusta, erillisistä sairaanhoidon palvelukanavista luovuttaisiin. Kotitaloudet maksaisivat palveluista yhtä paljon kuin kunnallisia palveluita käyttäneet ovat maksaneet. Julkisen rahoituksen tarve kasvaisi 30 prosenttia pääosin siitä syystä, että yksikanavaisuuden seurauksena työnantajien työterveyshuollon sairaanhoidon suorarahoitus loppuisi. Aluksi yksityisen rahoituksen tarve vähenisi, mutta jos julkista rahoitusta ei lisättäisi, asiakasmaksurahoitus olisi viisinkertaistettava.

Oulun ikäryhmittäinen kustannusaineisto ja siihen liittyvät analysoinnit mahdollistivat vastaavien yksikanava- ja kaksikanavarahoitusanalyysien tuottamisen avoterveydenhuollon lääkärien vastaanottotoiminnasta koko maan tasolla. Neljän rinnakkaisen palvelukanavan lääkärien vastaanottotoiminnan sairaanhoidon kustannukset olivat 1,16 miljardia euroa vuonna 2013. Jos palvelukanavien rahoituksessa siirryttäisiin sote-uudistuksen mukaisesti kohti kaksikanavarahoitusta, julkisen rahoituksen tarve kasvaisi 88 miljoonaa euroa eli 11 prosenttia. Oulussa julkisen lisärahoituksen kasvu olisi vain 4 prosenttia, mikä johtuu siitä, että Oulussa osin sairausvakuutuksen kautta rahoitettujen yksityisten palvelujen osuus rahoituksesta on yli kaksi kertaa pienempi (4 %) kuin koko maassa (10 %). Oulussa vastaavasti työterveyshuollon sairaanhoidon osuus rahoituksesta on suurempi (36 %) kuin koko maassa (31 %). Jos kokonaiskustannukset säilyisivät samalla tasolla, yksityisen rahoituksen tarve vähenisi aluksi. Jos julkista rahoitusta ei haluttaisi kasvattaa, asiakasmaksut olisi kaksinkertaistettava. Jos rahoitus haluttaisiin järjestää yksikanavaisesti, julkisen rahoituksen tarve kasvaisi kolmanneksen ja yksityisen rahoituksen tarve vähenisi. Jos julkista rahoitusta ei haluttaisi kasvattaa, yksikanavarahoituksessa asiakasmaksut olisi yli nelinkertaistettava verrattuna nykyisin kertyvään asiakasmaksurahoitukseen.

Empiirisistä aineistoista nousi esiin näkökulmia, jotka on otettava huomioon monikanavarahoituksen arvioinnissa. Suoritteet eivät ole palvelukanavittain yhdenmukaisia, eikä yhtenäisiä hoitojen tuotteistuksia ole. Työterveyshuollon palveluntuottajilta kerätyssä aineistossa oli suoritteina käyntejä ja kontakteja, joten palvelujen käyttöä ei ollut arvioitavissa pelkästään käynteihin perustuvina suoritetietoina. Esimerkiksi työterveyshuollon palveluntuottajilla oli lääkäreille kohdistuvia sairaanhoidon

suoritteita (202 594 kpl) noin 70 000 enemmän kun tilastojen ja alueellisen arvioinnin mukaan alueella olisi työterveyshuollossa lääkäreille kohdistuvia sairaanhoidon (korvausluokan II) käyntejä. Siten työterveyshuollossa lääkärin vastaanoton keskimääräinen kustannus olisi ollut 126 euroa käynniltä, kun se oli 203 000 suoritteiden laskelmassa keskimäärin 81 euroa.

Kustannustiedoissa Oulun kunnallisissa palveluissa lääkärille (140 €) tai hoitajalle kohdistuvan käynnin (66 €) yksikkökustannukset olivat huomattavasti suurempia kuin vuoden 2013 hintatasoon muutetut valtakunnallisen yksikkökustannusraportin vastaavat tiedot (116 € ja 51 €). Tämä oli esimerkki siitä, että laskentamenetelmät ja kustannuksiin sisällytettävät kustannuserät todennäköisesti poikkeavat toisistaan. Valtakunnallisen raportin tiedot perustuivat laskentaan, joissa oli mukana keskisuuria kaupunkeja. Työterveyshuollon alueellisen kustannusraportin mukaan (Hujanen ja Mikkola 2013; ks. Kapiainen 2014, 25–27) keskisuurissa kaupungeissa järjestettiin vähemmän työterveyshuoltoa kuin Oulussa, joten erilaiset yksikkökustannukset saattavat johtua osin alueiden perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon erilaisesta potilasrakenteesta. Toisaalta Oulun kunnallisessa perusterveydenhuollossa lääkärin nettiyhteydenoton (27 €) ja puhelinyhteydenoton (16 €) kustannukset olivat saman vuoden hintatasolla huomattavasti pienemmät kuin valtakunnallisissa raporteissa (kirje tai sähköinen yhteydenotto 36 € ja puhelu 28 €).

Pidän aineistojen luotettavuutta hyvänä, sillä olen verrannut niitä kuntien toiminta- ja taloustilastoihin (Tilastokeskus 2014), palkansaajarekisteriin (Tilastokeskus 2012a), THL:n terveydenhuoltomenotilastoon (THL 2015), yksikkökustannusraporttiin (Kapiainen ym. 2014) ja ikäryhmittäiseen menoraporttiin (Kapiainen ja Eskelinen 2014), suurten kaupunkien kustannusraportteihin (Mikkola ym. 2012 ja 2014) sekä työterveyshuoltorekisterin tietoihin (Kela 2015).

## 9 Johtopäätökset

Monikanavarahoitus on ollut terveydenhuollon rahoituksen ongelma, jota on yritetty ratkaista vuosikymmeniä heikoin tuloksin. Koska ilmiön on arvioitu aiheuttaneen tehottomuutta turhina kustannuksina, heikentäneen palvelujen saatavuutta ja lisänneen epätasa-arvoa, sen ei pitäisi kuulua tehokkaaseen ja oikeudenmukaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Väitöskirjani tuloksiin nojaten ongelman ratkaisun hitauteen on useita syitä. Väitöskirjatutkimukseni tavoitteena oli vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä monikanavarahoitus on käsiteteoreettisesti?
2. Miksi monikanavarahoitus on ongelma?
3. a) Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa järjestelmätasolla?  
b) Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa mikrotasolla?  
c) Miten julkisen ja yksityisen rahoittajan rahoitusvastuut muuttuvat, jos siirrytään kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta sote-uudistuksessa esitettyjen poliittisten tavoitteiden mukaisesti (laskennalliset arviot)?

### *Tutkimuskysymys 1. Mitä monikanavarahoitus on käsiteteoreettisesti?*

Monikanavarahoituksen käsitettä on määritelty epätasaisesti ja suppeasti. Useista asiantuntijoista ilmiössä on ollut kysymys julkisen rahoituksen ohjaamisesta palveluihin julkisen sairausvakuutuksen tai verorahoitteisten kunnallisten palvelujen kautta. Kuitenkin kirjallisuudessa ja hallinnollisissa selvityksissä ilmiöstä on käytetty eri sisältöisiä määrittelyjä. Ilmiöstä ja sen ongelmallisuudesta ei ole yhtenäistä määritelmää.

Kun monikanavarahoituksen käsitettä avataan terveydenhuollon yleisten rahoitus-teorioiden kuvausten avulla, koko rahoitus- ja palvelujärjestelmässä on useita tasoja rahoituslähteistä varojen kokoamiseen, palveluiden järjestämiseen ja hankkimiseen, tuottamiseen ja palveluiden käyttöön. Virallisten menotilastojen perusteella koko sosiaali- ja terveydenhuolto tulonsiirroista palveluihin on laajasti, monikanavaisesti ja monitasoisesti rahoitettua. Rahoituslähteitä on runsaasti, ja palveluihin kanavoituu julkisen rahoituksen lisäksi yksityistä kotitalouksien ja työnantajien rahoitusta.

Valtio on potilaan, asiakkaan ja tuottajan lisäksi terveydenhuoltoon osallistuvana ns. kolmantena osapuolena mahdollistanut monikanavaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän syntyminen. Mitä enemmän valtio on tarvinnut tehtäviensä hoitamiseen organisaatioita ja instituutioita<sup>127</sup>, sitä monikanavaisemmaksi järjestelmä on muodostunut. Valtio on lainsäädännön avulla mahdollistanut erilaisten organisaatioiden

<sup>127</sup> Suomessa valtion ja kuntien työnjako perustuu ns. fiskaalisen federalismin periaatteeseen (ks. Meklin ja Vakkuri 2011, 286–287). Samaa periaatetta toteutetaan kansainvälisesti EU:n ja sen jäsenvaltioiden välillä (Parviainen 1996, 7).

ja instituutioiden toiminnan erillisinä palvelukanavina. Esimerkiksi työterveyshuol-  
lolle on määritelty lainsäädännön ja valtakunnallisesti sitä koskevien suositusten  
avulla erityistehtäviä, jotka korostavat työterveyshuollon erillisyyttä muihin palve-  
lukanaviin verrattuna. Ilmiön tulkinnassa on otettava huomioon instituutioteorioi-  
den näkökulma siitä, että eri instituutioissa ja organisaatioissa painottuvat erilaiset  
toimintalogiikat. Eri palvelukanavat pyrkivät legitimoimaan kannattajilleen toimin-  
tansa, ja ne haluavat säilyttää logiikkansa mukaisen aseman. Tämä hidastaa institu-  
tionaalista muutosta, kuten rahoitusjärjestelmän kehittämistä. Valtion haasteeksi on  
muodostunut erilaisia toimintalogiikkoja noudattavien palvelukanavien ohjaaminen  
yhteiskunnallisten tavoitteiden mukaisesti. Järjestelmää on mutkistanut lisäksi se,  
että toimintaan osallistuvilla tahoilla on useita rooleja päämiehinä ja agentteina. Esi-  
merkiksi kansalaisilla on rooleja rahoittajina, äänestäjinä, päätöksentekijöinä, työn-  
tekijöinä ja palveluiden käyttäjinä.

Vaikka monikanavarahoituksesta on mainintoja virallisissa asiakirjoissa 2000-lu-  
vun alussa, rahoituksen on kuvattu olleen tuolloin pääasiassa kaksikanavaista. Vasta  
2010-luvulla monikanavarahoituksen käsite yleistyi puolueiden asiakirjoihin, vaikka  
järjestelmän oleelliset lainsäädännölliset muutokset oli tehty 1990-luvun loppuun  
mennessä. Ilmiön käsittelyssä siirtyminen kaksikanavarahoituksesta monikanavara-  
hoitukseen lisäsi ongelman tulkinnan ja sen käsittelyn monipuolistamista.

Määrittelyn epätasällisyys avasi puolueille mahdollisuuden tulkita monikanava-  
rahoitusta omista ideologisista näkökulmistaan. Kun puolueet osallistuivat vuonna  
2015 parlamentaarisiiin työryhmiin, ne samalla sitoutuivat monikanavarahoituk-  
sen vähentämistavoitteeseen. Keskusta korosti tarvetta julkisten varojen kokoami-  
sesta rahoitusuudistuksessa palvelujen järjestämisestä tulevaisuudessa vastaavien  
maakuntien rahoitukseen. SDP, Vasemmistoliitto ja Vihreät toivat esille julkisten ja  
yksityisten palveluiden järjestämisen ja rahoituksen eroja sekä sen, että sairausva-  
kuutuskorvaukset olivat eriarvoistaneet väestöä. Vasemmistoliitto vei yksikanavara-  
hoituksen idean muita pidemmälle vaatiessaan palveluiden rahoittamista verovaroin  
ja terveyskeskusmaksujen poistamista. Kokoomus ja RKP eivät käsitelleet ilmiötä, jo-  
ten se ei vaikuttanut olevan niille ongelma samalla tavalla kuin se oli muille puolueil-  
le. Perussuomalaiset ja Kristillisdemokraatit eivät maininneet ilmiöstä, vaan koros-  
tivat sitä, että terveydenhuollon on perustuttava julkisiin palveluihin, joita yksityiset  
täydentävät. Koska empiirinen aineisto osoittaa monikanavarahoituksen ilmenneen  
alueellisesti ja ikäryhmittäin eri tavoin, puolueiden painotuserot saattoivat liittyä nii-  
den kannattajaryhmien eroihin.

Ilmiön määrittelyä on sekoittanut sen vastakohtaan, yksikanavarahoituksen epätas-  
ällisyys. Teoreettisesti yksikanavarahoituksessa asiakas maksaisi kaiken itse, mutta  
käytännössä yksikanavaisuus terveydenhuollossa tarkoittaisi sitä, että valtio rahoit-  
taisi kaiken eikä käyttöön perustuvia asiakasmaksuja olisi. THL:n (2012b) esittämän  
rahoitusuudistuksen tavoitteena oli siirtyä monikanavarahoituksesta kohti yksikana-

varahoitusta alueellisen järjestäjä-rahoittajan tasolla eli rahoitusjärjestelmän yhdellä tasolla. Esimerkiksi Sipilän hallituksen ohjelmaan vuonna 2015 oli kirjattu tavoitteeksi siirtyminen yksikanavarahoitukseen.

Yhdessäkään OECD:n jäsenvaltiossa ei ole yksikanavarahoitusta, vaan kaikissa järjestelmissä on monikanavarahoitusta. Oleellista on se, miten yksi- tai monikanavaisuutta on painotettu ja miten tätä on tulkittu. Vaikka suomalaisista asiantuntijoista maan ongelmana on ollut monikanavaisuus, Suomi on kansainvälisissä vertailuissa keskivaiheilla. Yhdysvaltalaisesta näkökulmasta Suomen ja useimpien OECD-valtioiden järjestelmät ovat pääosin julkiseen rahoitukseen perustuvia ja universaalisti koko väestön kattavia yksikanavaisia järjestelmiä. Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden vertailussa avoterveydenhuolto on poikennut julkisen sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon takia muista Pohjoismaista.

### *Tutkimuskysymys 2. Miksi monikanavarahoitus on ongelma?*

Monikanavarahoitus on terveydenhuollon historiallisen kehityksen tulos. Avoterveydenhuollon rakenteet kehittyivät 1960–1990-luvuilla puolueiden ja useiden eturyhmien kiinnostuksen ja lainsäädännön avulla. Sairausvakuutus- ja kansanterveyslait valmisteltiin eri ministeriöissä, ja lakien yhteys katkesi jo 1980-luvulla, kun sairausvakuutuksesta ei enää korvattu terveyskeskusten lääkäripalveluja. Sairausvakuutus-, kansanterveys- ja työterveyshuoltolait sekä kuntien valtionosuuslaki vahvistivat avoterveydenhuollon erillisten palvelukanavien ja instituutioiden kehittymistä. Puolueilla oli 1980-luvulle asti tarve vahvistaa hyvinvointivaltiota sekä lisätä perusterveydenhuollon avoterveydenhuoltoa, mutta kansanterveystyön, sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon kokonaisuuden kehityksestä ne eivät olleet kiinnostuneita.

1990-luvulla kiinnostus kohdistui kunnalliseen itsehallintoon ja menojen vähentämiseen mutta vähemmän perusterveydenhuoltoon. 2000–2010-luvuilla asiantuntijat nostivat ilmiön purkamisen esille, koska julkisia menoja oli hillittävä kestävyysvaajeen takia. Järjestelmää oli tehostettava, koska perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottotoiminnan saatavuuden ongelmat piti korjata. Vaikka monikanavarahoitus ongelmana nostettiin 2010-luvulla useiden järjestelmän rahoitusuudistusesitysten perusteeksi ja hallitusohjelmien kautta jopa lainsäädäntövalmisteluun, se vaikutti lopulta olevan ongelmana vähemmän kiinnostava kuin sote-uudistuksen tärkeimmiksi koetut mallit palvelujen valinnanvapaudesta ja maakunnallisesta järjestämisestä.

Ilmiön ongelman esiin nostamiseen on liittynyt kansainvälisiä vaikutteita. Yhteistyö WHO:n kanssa nosti esiin kansanterveystyön ja terveystalouden kehittämistarpeet. Kun Suomi onnistui terveystalouden tavoitteissaan, maa nousi kansainvälisesti terveystalouden mallimaaksi 1980-luvulla. Kun politiikan toteutuksessa oli ongelmia, WHO:lta pyydettiin ulkoista arviointia järjestelmästä. Suomen viiteryhmänä 1980-luvulla olivat pohjoismaiset hyvinvointivaltiot. 1990-luvun lopussa vertailujen viiteryhmäksi tulivat OECD-valtiot, joiden vertailuissa painotettiin järjestelmän

suorituskykyä ja tehokkuutta. Kansainvälisten vertailujen ja ryhmittelyjen avulla asiantuntijat ovat auttaneet päätöksentekijöitä tunnistamaan epäkohtia sekä kehittämistarpeita. OECD-valtioiden vertailuissa nostettiin esiin suomalaisen järjestelmän omaleimaisuus ja monikanavarahoituksen ongelma. Kun järjestelmän ongelmat oli havaittu, samoja näkökulmia toistettiin sekä kansallisissa selvityksissä että OECD:n raporteissa. EU:n ja IMF:n suositukset ovat vaikuttaneet järjestelmän kehittämiseen, mutta niiden vaikutusta kansallisiin päätöksiin ei voida eritellä.

Paloheimon ja Wibergin (1997, 269) näkemys siitä, että on sattumanvaraista, mitkä asiat nousevat keskusteltaviksi ja päätettäviksi, ei vaikuta tutkimuksen perusteella pitävän paikkaansa monikanavarahoituksen vähentämisessä. Poliitiikan tutkimuksen näkökulmasta oleellista on se, miten ongelmat saadaan nousemaan päätöksentekoon (vrt. Kingdon 2014; ks. mm. Tirronen 2011). Vaikka monikanavarahoituksen ongelmat ovat olleet tiedossa jo 1980-luvulta alkaen, puolueet nostivat käsitteen asiakirjoihinsa vasta sen jälkeen, kun asiantuntijat (THL 2011 ja 2012b) olivat tehneet aiheesta selvityksiä. 2010-luvun alussa julkaistiin runsaasti kirjallisuutta, joissa käsiteltiin tai sivuttiin monikanavarahoituksen ongelmaa. Vaikka rahoitusrakenteiden uudistamiseksi oli tehty useita esityksiä, puolueet käsittelivät niitä vähän. Monikanavarahoituksen ongelman ovat nostaneet päätöksenteossa esiin THL:n ja STM:n asiantuntijat 2010-luvulla. Vaikuttaa siltä, että ilman asiantuntijoita poliitikot eivät olisi vieneet asiaa päätettäväksi. Käsitystä tukee Saarisen (2013b, 215) tutkimuksen johtopäätös, että poliitikkojen vähäinen osallistuminen yksityistä sektoria koskevaan keskusteluun on saattanut hidastaa rahoitusjärjestelmän uudistamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon sote-uudistuksessa puolueet tekivät ”yhteiskuntasopimuksen” tarpeesta uudistaa avoterveydenhuoltoa, mikä sisältää tavoitteen monikanavarahoituksen vähentämisestä.

*Tutkimuskysymys 3a. Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa järjestelmätasolla?*

*Tutkimuskysymys 3b. Kuinka laaja ongelma monikanavarahoitus on perusterveydenhuoltotasoisessa vastaanottotoiminnassa mikrotasolla?*

*Tutkimuskysymys 3c. Miten julkisen ja yksityisen rahoittajan rahoitusvastuut muuttuvat (laskennalliset arviot), jos siirrytään kohti yksi- tai kaksikanavarahoitusta sote-uudistuksessa esitettyjen poliittisten tavoitteiden mukaisesti?*

Monikanavarahoituksen on arvioitu olevan avoterveydenhuollon ongelma, vaikka siitä ei ole tehty kokonaisvaltaista tutkimusta. Ilmiöön liitetyt edut ja haitat vaikuttavat olevan koosteita useiden vuosien aikana kertyneiden selvitysten ja tutkimusten tuloksista ja johtopäätöksistä. Ilmiöön liitettyjä erityispiirteitä on toistettu selvityksissä ”arkikielisiä totuuksina”, joita ei perustella. Esimerkiksi se, että monikanavarahoitus aiheuttaa tehottomuutta, vaikuttaa uskottavalta. Julkaistua tutkimustietoa suomalaisen avoterveydenhuollon monikanavarahoituksen tehottomuuden kustannuksista ei kuitenkaan ole. Tämä johtuu osin siitä, että monikanavarahoituksen merkittävästä



osasta, työterveyshuollosta, ei ole ollut käytettävissä valtakunnallisissa rekistereissä henkilötasoisia tietoja. Koska käsitykseni mukaan monikanavarahoitusta oli tutkittava puutteellisista aineistoista huolimatta, hyödynsin tutkimuksessani moniaineistolisesti virallisia tilastoja, aiemmin tuottamiani tilastoaineistoja sekä tätä tutkimusta varten tuottamiani aineistoja.

Monikanavarahoituksen laajuutta voi arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon menotilastojen avulla järjestelmätasolla. Vaikka asiantuntijoilla on ollut käytettävissään samat tilastotiedot, on monikanavarahoitusta kuitenkin usein arvioitu suppeasti sairausvakuutuksen korvaamien yksityisten palvelujen ja kunnallisten verorahoitteisten palvelujen rinnakkaisuutena. THL:n terveydenhuollon menotilaston (2016b) mukaan vuonna 2014 sairausvakuutuksesta maksettujen lääkärinpalkkioiden, tutkimusten ja hoitojen korvaukset olivat vain 4 prosenttia avoterveydenhuollon vajaan 3,2 miljardin euron kokonaiskustannuksista<sup>128</sup>. Kun monikanavarahoituksen kritiikissä on painottunut julkisten varojen käytön mahdollinen tehottomuus, arvioinnin ulkopuolelle on jätetty se, että terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta yksityisen rahoituksen osuus on vajaa viidennes (18 %). Asiantuntijat ja poliitikot ovat olleet huolestuneita terveyskeskuspalvelujen asiakasmaksuista, joiden osuus on vain 5 prosenttia arvioidusta terveyskeskusten rahoituksesta ja vajaat 3 prosenttia avoterveydenhuollon kokonaisrahoituksesta. Järjestelmätasolla avoterveydenhuollon monikanavarahoituksen laajuutta olisi arvioitava sen kaikkien palvelukanavien kokonaisuudessa.

Tässä tutkimuksessa olen järjestelmätason lisäksi tutkinut monikanavarahoituksen laajuutta mikrotasolla. Hyödynsin tutkimuksessa aiemmin tuottamaani työterveyshuollon alueellisten kustannusten aineistoa, jonka mukaan työterveyshuollon osuus avoterveydenhuollon kokonaisuudesta vaihteli kunnittain noin 10–40 prosentin välillä. Monikanavarahoituksen merkitys työterveyshuoltoon kohdistuvassa rahoituksessa oli suurin suurissa kaupungeissa ja niiden lähikunnissa ja vastaavasti huomattavasti pienempi muissa kunnissa. Monikanavarahoituksen laajuutta on tulkittava alueellisesti eri tavoin, joten asiantuntijat ja poliitikot eivät saisi yleistää monikanavarahoituksen tietyillä alueilla havaittuja ongelmia koko maahan. Työterveyshuollon alueelliseen aineiston pohjalta tuotin neljän rinnakkaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan kustannusaineiston Oulussa. Merkittävin havainto oli se, että työikäisten kustannuksista jopa puolet kohdistui työterveyshuoltoon, joka on usein jätetty alueellisten terveydenhuollon menovertailujen ulkopuolelle. Järjestelmässä eri palvelukanavat ovat siiloutuneet eri ikäisille.

Analysoin, millaisia kustannusvaikutuksia sote-uudistuksessa olisi siirtymisellä monikanavarahoituksesta 1) kohti kaksikanavaisuutta, jossa sairaanhoitovakuutus siirtyy maakunnalliselle järjestäjälle, tai 2) kohti yksikanavaisuutta poliittisesti usein

128 Tätä on käsitelty luvussa 7.3. Avoterveydenhuollon kustannuksissa ovat mukana kunnallisen perusterveydenhuollon avohoido, työterveyshuolto, sairausvakuutuksen osin korvaamat yksityiset palvelut ja opiskelijaterveydenhoito. Mukana ei ole suun terveydenhoidon, kuntoutuksen ja kotisairaanhoidon kustannuksia.

esitettyjen tavoitteiden mukaisesti. Analyysieni keskeinen tulos oli se, että aluksi julkisen rahoituksen tarve kasvaa, mutta jos julkista rahoitusta ei haluta kasvattaa, yksityistä rahoitusta on lisättävä.

Tutkimukseen tuottamiini tilastoaineistoihin perustuvaa väitöskirjaa voi pitää monikanavarahoituksen tutkimuksen alkuna. Sitä on ehdottomasti jatkettava, kun koko sosiaali- ja terveydenhuollosta, työterveyshuolto mukaan lukien, on saatavissa tarkempia ja yksityiskohtaisempia tilastoaineistoja. Näiden aineistojen avulla voidaan aidosti arvioida monikanavarahoituksen vaikutuksia järjestelmän suorituskykyyn, tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Tilastot on saatava palvelemaan järjestelmän arviointia ja seurantaan niin, että niiden avulla saadaan tietoa monikanavarahoituksesta päätöksentekoa varten. Järjestelmän laajan ja kokonaisvaltaisen arvioinnin haasteena saattaa olla se, että puolueilla on ollut melko vähän näkemyksiä työterveyshuollon kehittämisestä. Jos puolueilla ei ole kiinnostusta järjestelmän kokonaisarviointiin ja tutkimukseen, monikanavarahoituksen laajat haitat ja hyödyt eivät nouse poliittiseen päätöksentekoon ja poliittisesti arvioitaviksi.

Sairaanhoitovakuutuksen lopettaminen ei poista monikanavarahoitusta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä. Monikanavarahoitus säilyy rahoituksessa niin kauan kuin valtio rahoittaa palveluita muilla tavoilla kuin verovaroin. Yksityinen rahoitus kotitalouksien asiakasmaksuina ja työnantajien työterveyshuollon suorana rahoituksena on olennainen osa järjestelmän monikanavarahoitusta. Kun järjestelmässä on useita rahoituslähteitä ja palveluiden järjestäjiä, erilaisia rahoitusmekanismeja tai monituottajuutta, monikanavarahoitusta laajasti tulkittuna ei voi poistaa. Monikanavarahoitusta voidaan uudistusten avulla lisätä tai vähentää.

## 10 Reflektio ja suositukset

Väitöskirjani tulosten ja johtopäätösten perusteella monikanavarahoitus näyttää säilyvän myös tulevaisuudessa osana rahoitus- ja palvelujärjestelmää. Rahoitus- ja palvelujärjestelmän arvioinnissa sekä tutkimuksessa on jatkossa otettava huomioon kokonaisvaltaisesti kaikki väestön käyttämät palvelut ja niiden rahoitus. Tämän kokonaisvaltaisen arvioinnin edellytyksenä on nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan parantaminen, jotta päätöksenteon tueksi on käytettävissä laajat ja hyvin perustellut aineistot. Lisäksi oleellista on se, että aineistojen tutkimus perustuu asian-tuntijoiden ja päätöksentekijöiden yhteistyöhön.

Arvioimissani terveydenhuoltojärjestelmän kehityshistorian kuvauksissa (mm. Mattila 2011; Leppo 2013) monikanavarahoituksen ongelma on liittynyt usein eri osapuolten intressiristiriitoihin, mutta ongelman ei ole arvioitu liittyneen tietopohjan heikkouksiin. Koska monikanavarahoituksen merkittävästä osasta, työterveyshuollosta, ei ole ollut saatavissa käyttötietoja valtakunnallisista hallinnollisista rekistereistä, ongelma on mahdollisesti liittynyt siihen, ettei kaikilla ole ollut hyödynnettävissä samaa tietopohjaa.

Monikanavarahoituksen ongelman tulkinnessa on ollut puutteita tiedoissa palvelujen käytöstä ja kustannuksista sekä vaikuttavuuden arvioinnissa tarvittavissa hyvinvointitiedoissa. Järjestelmässä tiedettiin olevan ongelmia, mutta yhteisen ymmärryksen saavuttaminen oli hidasta. Järjestelmän arvioinnin ja tutkimuksen haasteena on tietojen kerääminen ”monikanavaisesti” eri lähteistä, vaikka potilasrekistereitä ja tietojärjestelmiä on pidetty muiden maiden järjestelmiä parempina (Simpura ja Junnila 2017, 70–71). Tämä monikanavaisuus on saattanut aiheuttaa päätöksentekijöille tietotulvan, jolloin päätöksentekoon valikoidaan omia näkemyksiä tukevat tiedot ja sivuutetaan muiden näkemyksiä tukevat tiedot (Simpura ja Junnila 2017, 70–71).

Kansallisessa tilastoinnissa ja rekistereissä on ollut puutteena se, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja kustannustietoja on koottu kattavasti yhteen ainoastaan koko maan tasolla. Tutkimusta varten kokoamani aineistot oli kerättävä eri lähteistä ja oli tuotettava myös uusia tilastoaineistoja. Käsitystäni kansallisen tietopohjan laajentamisesta tukevat mm. Häkkisen ja Peltolan (2016, 81–93) näkemykset. Uudistusten onnistumisen edellytyksenä on yhtenäisen kansallisen ja maakuntatason tietopohjan ongelmien kartoittaminen. Selvittäminen mahdollistaa tuottajien välisen vertailun ja ohjauksen. Tietoja palveluilla saavutettavasta vaikuttavuudesta on vähän, kustannustiedoissa on puutteita ja esimerkiksi työterveyshuollosta on vähän käyttö- ja kustannustietoja. Ratkaisuna ovat kansallisten laaturekistereiden asiakas- ja potilasryhmittelijöiden sekä tuotosmittareiden<sup>129</sup> kehittäminen. Lisäksi maakuntien ja

<sup>129</sup> Perusterveydenhuollon avohoitoa on tuotteistettu ryhmittelemällä hoitojaksoja avohoitoon soveltuviin potilas- ja asiakasryhmiin sekä avohoidon hoitoilmoitusrekisteriin perustuen (Ketola ym. 2018, 2). Erikoissairaanhoidon tuottavuuden arviointi on perustunut drg-luokitteluihin ja -painokertoimiin (diagnosis related groups), potilasrakennetta kuvaaviin casemix-ryhmittelyihin ja hoitoilmoitusrekisteriin (ks. mm. Häkkinen ja Matveinen 2018).

tuottajien suorituskyvyn arviointia sekä korvausperusteita on kehitettävä. (Häkkinen ja Peltola 2016, 81–93.)

Rahoitus- ja palvelujärjestelmän tietopohjan kehittäminen antaa päätöksentekijöille mahdollisuudet analysoida suorituskyyä kokonaisuutena, joka perustuu tilastoihin ja rekistereihin. Monikanavarahoituksen esiin nostaminen ongelmana liittyy muutokseen, jossa palvelut siirtyvät hyvinvointivaltion julkisen hallinnon piiristä monikanavaisesti tuotettaviksi ja rahoitettaviksi. Saaren (2017, 480–482) mukaan monikanavarahoituksen ongelma on esimerkki hyvinvointivaltion ja markkinayhteiskunnan yhteensovittamisesta, jossa erilaiset politiikat ja ideologiat kiistelevät parhaasta mahdollisesta valinnasta. Suppeasti tulkittuna monikanavarahoitus nähdään sairausvakuutuksen ja kunnallisesti rahoitetun järjestelmän rinnakkaisuutena, mikä liittyy pohjoismaisen hyvinvointivaltion kasvattamisen historiaan. Kun puolueet ilmoittautuvat pohjoismaisen hyvinvointivaltion kannattajiksi, ne haluavat hallita institutionaalista muutosta puolustamalla järjestelmän hyviksi koettuja rakenteita. Ilmiöön liittyy kuitenkin poliittisia ennakkoluuloja, ja sen hallintaan ja tulkintaan sosiaalisia riskejä.

Eräs tutkimukseni aineistoon liittyvä huomio on se, että ilmiöstä on tehty useita, pääasiassa hallinnollisia asiantuntijaryhmien selvityksiä. Aikaisemmin lainsäädäntövalmisteluissa on hyödynnetty parlamentaarisia ja asiantuntijoista koostuvia komiteoita<sup>130</sup> ja toimikuntia, jotka ovat koonneet ”yksikanavaisesti” tietoa yhteisten näkemyserojen sovittelua varten. Kun päätöksenteon kannalta hitaista komiteoista on luovuttu, valmistelussa on lisääntynyt selvityshenkilöiden ja -konsulttien käyttö (ks. Simpura ja Junnila 2018, 70–71; vrt. VM 2017b, 32). Jotta päätöksentekijät sitoutuisivat keskeisiin strategisiin linjauksiin, komiteatyöskentelyä on ehdotettu lisääväksi (Hyssälä ja Backman 2018, 25). Valtioneuvoston työryhmän (VM 2017b, 32) mukaan komiteat soveltuvat parhaiten vaalikauden ylittäviin yhteiskunnallisesti merkittäviin hankkeisiin, mutta ne eivät sovellu päivänpoliittisiin ja eteenpäin vietäviin hankkeisiin. Koska ilmiön ongelman ratkaisu on kestänyt vuosikymmeniä, voi arvioida, olisiko vastaavien yli vaalikausien kestävien ongelmien lainsäädäntövalmistelussa hyödynnettävä komiteatyöskentelyä.

Tutkimukseni mukaan tietopohjan laajentamistavoitteessa on myös otettava huomioon se, että kansainvälisistä tilastoista ei ole saatavissa tietoja, joita on käytetty perusteluina monikanavarahoituksen vähentämiseksi. Vaikka OECD:n tilastoja on yhdenmukaistettu, tiedot eivät ole aina vertailukelpoisia. Esimerkiksi tilastoissa on eritelty sairausvakuutuksen hallinnollisia kustannuksia, mutta vastaavasti kunnallisesti järjestettyjen palveluiden hallinnolliset menot sisältyvät palveluiden käyttömenoihin. Vaikka yhteiskunnan muilla sektoreilla voidaan arvioida, kuinka paljon hallinnosta on esimerkiksi digitalisaation avulla saavutettavissa säästöjä, ei Suomessa kuitenkaan tiedetä, kuinka paljon sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon kustan-

<sup>130</sup> Komiteamietinnöt ovat olleet Mattilan (2011, 42) väitöskirjatutkimuksen keskeisiä tietolähteitä terveydenhuollon kehityshistorian analysoinnissa.

nukset ovat. Toisaalta OECD-tilastoihin liittyy epävarmuutena se, että Suomen terveydenhuoltomenot ovat niissä bruttokansantuotteeseen suhteutettuna pienemmät kuin monilla muilla mailla, koska kaikkia menoja (mm. vanhustenhoidon ja hoivan menoja) ei tilastoida kaikissa maissa samalla tavalla.

Arvioimieni virallisten tilastoaineistojen ja empiiristä tutkimusta varten tuottamieni aineistojen perusteella työterveyshuollolla on merkittävä osuus avoterveydenhuollon kokonaisuudessa. Tietopohjan laajentamisen yhtenä tavoitteena on oltava työterveyshuollon palvelujen sisällyttäminen rahoitus- ja palvelujärjestelmän kokonaisarviointiin. Koska julkisen rahoituksen lisäksi palveluihin kohdistuu yksityistä rahoitusta (kotitalouksien asiakasmaksuja ja työnantajien rahoitusta), julkisen rahoituksen osa-arvioinnin näkökulma on muutettava kokonaisrahoituksen arvionniksi. Tätä tavoitetta tukee se, että Oulussa palvelujen kustannukset ja rahoitus olivat segmentoituneet voimakkaasti ikäryhmittäin ja palvelukanavittain. Lisäksi laajaa kustannusten ja rahoituksen arviointia tukee se, että alueellisesti monikanavarahoituksen merkitys työterveyshuollon rahoituksessa vaihtelee alueellisesti. Vaikka julkista rahoitusta on kohdistunut työterveyshuollon ja sairausvakuutuksen korvauksiin alueellisesti eri tavoin, rahoitusta ei ole otettu huomioon kuntien valtionosuuksissa. Jos rahoituksen arvioinnissa siirrytään kokonaisvaltaiseen näkökulmaan, julkisen rahoituksen alueellinen merkitys on nykyistä läpinäkyvämpää.

Kansallisessa rahoitus- ja palvelujärjestelmän tietopohjassa on puutteita, jos työterveyshuolto rajataan rahoitusuudistusten ulkopuolelle. Esimerkiksi työterveyshuolto ei ole ollut mukana VM:n koordinoimassa maakuntien, STM:n ja THL:n<sup>131</sup> arvioinnissa, jossa on simuloitu palvelujärjestelmän<sup>132</sup> suorituskykyä noin 150 indikaattorin avulla vuosina 2015–2016. Arvioinnin tuloksia hyödynnetään maakuntien talouden ohjauksen ja päätöksenteon arvioinnissa (THL 2018b; ks. myös Mäkeläinen 2018, 95–100). Palvelujen kokonaisrahoituksen näkökulma tekisi läpinäkyväksi sen, kuinka paljon työntajien työterveyshuolto ja yksityinen rahoitus vaikuttavat maakuntien suorituskyvyn arviointiin, kuten palvelutuotannon tuottavuuteen ja alueille kohdistuvaan rahoitukseen. Kokonaisrahoituksen näkökulma saattaisi vaikuttaa kunnallisista palveluista järjestämistä vastaavien maakuntien kannustejärjestelmien (vrt. Häkkinen ja Peltola 2016, 85, 92) kehittämiseen.

Monikanavaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän kokonaisvaltaisesta tutkimuksesta ja arvioinnista saattaisivat hyötyä eniten paljon palveluita käyttävät väestöryhmät, joille nykyistä järjestelmää pidetään liian siiloutuneena vastaamaan heidän tarpeitaan (Leskelä ym. 2013, 3163). Monikanavaisen rahoitus- ja palvelujärjestelmän yksityiskohtainen tutkimus todennäköisesti auttaisi sekä tunnistamaan paljon palveluita

131 Maakuntien seuranta ja arviointi on järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30–31) mukaan THL:n tehtävä.

132 Työterveyshuollon lisäksi simuloinnin ulkopuolelle on rajattu kuntoutus ja suun terveydenhoito sekä yksityiset palvelut, joista ei ole ollut riittävästi tietoja. Ks. [www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/](http://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/).

käyttävät väestöryhmät ja suunnittelemaan heille aikaisempaa paremmin tarpeenmukaisia palveluita ja niihin tarvittavaa riittävää rahoitusta (ks. VTV 2017b, 5).

## 11 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyyys

Hyödyntäessäni tutkimuksessa useita määrällisiä ja laadullisia aineistoja olen samalla käsitellyt tutkimuksen luotettavuuteen ja yleistettävyyteen liittyviä oleellisia näkökulmia. Haaparannan (2010, 23) mukaan tutkimuksessa on tunnistettava käytettyjen menetelmien ja saavutettujen tulosten rajoitukset, harkittava niitä tapauskohtaisesti eikä tuloksia saa yleistää liikaa. Jos tiedon rajoituksia ei tunnisteta, tutkimus ei voi olla pätevää ja eettisesti kestävää. Tutkimus, jossa pohditaan filosofisesti sen perusteita ja merkitystä on parempaa tiedettä kuin tutkimus, jossa tiedon rajoituksia ei pohdita. (Haaparanta 2010, 23.)

Haaparannan ja Niiniluodon (1995, 13–17) esittämät tieteellisen tutkimuksen<sup>133</sup> periaatteet ovat objektiivisuus, autonomisuus, edistysvyys, julkisuus ja kriittisyys. Tämä tutkimus on itseään korjaava, sillä sen eri vaiheissa on tuotu esille tehtyjä ja havaittavissa olevia virheitä, jotka voidaan jatkotutkimuksissa poistaa. Tutkimuksessani edistän tiedettä, lisään tietoa ilmiöstä, reflektoin tuloksia ja esitän tulevia jatkotutkimusaiheita. Vaatimukset kriittisyydestä ja julkisuudesta testataan, kun tiedeyhteisö arvioi tutkimuksen valintoja, tuloksia ja johtopäätöksiä. (Ks. Haaparanta ja Niiniluoto 1995.)

Tutkimukseni merkittävin vahvuus on se, että lähestyin tutkimusongelmaa laaja-alaisesti ja tuotin uutta tietoa aineistoja yhdistelemällä. Esiymmärrykseni, hermeneuttinen tutkimusotteeni ja abduktiivinen päättelyni auttoivat tutkimusvalinnoissa. Otin ilmiön haltuun tutkimalla määritelmiä sekä ilmiön muotoutumista ongelmaksi historiakuvausten, puolueiden asiakirjojen ja tilastojen avulla. Koska työterveyshuollosta ei ollut saatavissa henkilötasoisia aineistoja, hyödynsin työterveyshuollosta aikaisemmin tuottamaani kustannusaineistoa, jota vastaavaa ei ole edelleenkään Suomessa tuotettu. Kun ilmiön tutkimiseksi oli kvantitatiivisessa tietopohjassa puutteita, tuotin tutkimusta varten avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan tilastollisen aineiston. Tuotetut aineistot ja niiden analysoinnit lisäävät tietoa ja kohottavat tutkimukseni luotettavuutta.

Tutkimustulosten yleistettävyyteen vaikuttaa se, että empiiristen aineistojen avulla olen osoittanut monikanavarahoituksen merkitystä euromääräisesti, mitä ei ole aiemmin tehty. Vaikka työterveyshuollon alueellinen aineisto perustuu vuoden 2009 tietoihin ja Oulun aineisto vuoden 2013 tietoihin, pidän niitä luotettavina ilmiön tutkimuksessa. Empiirisen aineiston tulokset ja johtopäätökset perustuvat syvällisimmillään avohoitopalvelujen käytön ikäryhmittäisiin summatietoihin, joiden avulla arvioin palveluiden segmentoitumista ja kunkin palvelukanavan osuutta mo-

133 Perustuu amerikkalaisen filosofin Charles Peircen (1839–1914) uskomusten luokitteluun, jossa tieteellinen menetelmä on yksi tiedonhankinnan menetelmistä (objektiivinen, julkinen, itsensä korjaava). Itsepäisyyden menetelmässä pidetään kiinni omista käsityksistä horjuttavasta kritiikistä ja todisteista piittaamatta. Auktoriteetin menetelmässä uskomus perustuu arvovaltaisen henkilön, instituution tai muun ryhmän vaikutukseen. Älyllisessä intuitiossa muodostetaan välittömiä ja selkeitä järkeen perustuvia totuuksia ilman todisteluja ja aistihavaintoja. (Haaparanta ja Niiniluoto 1995.)

nikanavarahoituksen kokonaisuudessa yhdessä suuressa kaupungissa, Oulussa. Neljän rinnakkaisen palvelukanavan käyttö- ja kustannustiedot perustuvat oululaisten palveluiden käyttöön, joten niitä ei voida yleistää koko maahan tai muille alueille, sillä täysin vastaavia väestö- ja palvelurakenteita ei ole muissa kaupungeissa. Oulun aineistoihin perustuvat tiedot ovat suuntaa antavia esimerkkejä siitä, miten monikanavarahoitus ilmenee muissa suurissa kaupungeissa. Maan muilla alueilla monikanavarahoitus näyttäytyy todennäköisesti työterveyshuollon alueelliseen kustannusaineistoon perustuen eri näköiseltä.

Tuottamiini aineistoihin liittyy epävarmuutta siksi, että aineistot ovat osin laskennallisia, vaikka niiden luotettavuuden parantamiseksi olen hyödyntänyt kansallisia julkaistuja terveystilastojen käyttö- ja kustannustilastoja sekä tutkimuksissa ja selvityksissä esitettyjä tietoja. Ilmiön merkitys avoterveydenhuollossa vaihtelee alueellisesti paljon, ja työterveyshuollon osuus voi olla kokonaisuudesta joko hyvin merkittävä tai vaatimaton. Teoreettisen viitekehyksen instituutioteorioiden perusteella on yleistettävissä, että eri palvelukanavissa painottuvat eri tavoin niitä kannattelevat rakenteet ja niillä on omat kannattajansa. Puolueet käsittelevät ilmiötä ja rahoitusta omista näkökulmistaan.

Tutkimukseni tulosten perusteella en voi antaa täydellisiä vastauksia ilmiön määrittelyyn, tulkintaan ja ymmärtämiseen. Merkittävin rajoite on se, että järjestelmälähtöisen tutkimukseni empiiriset tilastoaineistot kohdistuvat avoterveydenhuollon kustannuksiin ja rahoitukseen, vaikka tulkintani mukaan ilmiötä on laajalti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Koska empiiriset tilastoaineistot ovat neljän rinnakkaisen palvelukanavan käyttö- ja kustannustietoja summatasolla ikäryhmittäin, en voi vastata kysymyksiin, jotka edellyttäisivät henkilötasoisia palveluiden käyttö-tietoja. En voi vastata siihen, miten paljon monikanavarahoituksesta aiheutuu tehottomuutta rinnakkaisten tai toisiaan täydentävien palveluiden rahoituksena. Tutkimuksessa en yleistä sitä, miten paljon monikanavarahoitus aiheuttaa eriarvoisuutta. Edellä mainitut epäkohdat ovat olleet tiedossa jo yli 20 vuotta sitten, ja ne jäävät edelleen jatkotutkimusten aiheiksi.

Tutkimuksen rajoitteena on se, että tutkin ilmiön kehittymistä terveydenhuollossa pääasiassa neljän lain (sairausvakuutuslain, kansanterveyslain, työterveyshuoltolain ja valtionosuuslain) kehittymisen kautta. Näiden neljän lain valinta johti lopulta teoreettisen viitekehyksen löytymiseen, joka rakentui instituutioteorioista.

Kun 2010-luvulla THL:n kritisoi voimakkaasti Kelaa monikanavarahoituksen osapuolena ja vaati Kelan hallinnoimien sairausvakuutusetuuksien vähentämistä, koin keskustelut molemmissa instituutioissa. Koska olen työstänyt väitöskirjani Kelassa, koen olevani jossakin määrin jäävi arvioimaan ilmiötä, jonka merkittävänä osapuolena Kela on. Tästä huolimatta olen pyrkinyt tuottamaan mahdollisimman objektiivista tietoa. Kelassa työskentely on mahdollistanut ilmiön tutkimisen empiirises-



ti neljän palvelukanavan arvioinnin avulla. Ronkaista ym. (2013, 12) tulkiten olen tutkimuksessani tavoitellut objektiivisuutta määrittelemällä ilmiötä uudella tavalla tietoisena siitä, että lopputulokset kuvaavat edelleen ilmiöstä vain osan. Tämä osa on valikoidusta näkökulmasta.

## 12 Etenevän ymmärryksen kehä ja ehdotukseni jatkotutkimuksiksi

Valitsin tutkimusotteeksi etenevään ymmärrykseen perustuvan hermeneuttisen kehän (kuvio 1) ja hyödynsin abduktiivista päättelyä, jossa etsitään johtolankoja parhaan mahdollisen selityksen saavuttamiseksi (ks. Niiniluoto 1983, 165). Monikanavarahoitus-ilmiöstä ei vaikuttanut olevan yhtä ainoaa totuutta, eikä ongelman tulkitsemiseksi ollut suoria vastauksia. Hermeneuttisen tutkimusotteeni avulla mm. oivalsin, että Oulun ikäryhmittäisessä kustannusaineistossa oli oltava mukana työterveyshuollon palveluntuottajien työnantajilta perimät yleiskustannukset (kustannuserä ei sisältynyt henkilötason kustannuksiin), jolloin kustannustaso vastasi aiemmin arvioimaani työterveyshuollon kustannustasoa alueellisessa tutkimuksessa. Palveluntuottajien vertailussa on otettava huomioon myös tutkimusten kustannukset, koska niitä sisällytetään tai vyörytetään eri tavoin kokonaiskustannuksiin.

Monikanavarahoitus-käsitteeseen liittyi epätasällisyyttä ja erilaisia määritelmiä. Sen ongelmallisuutta käsiteltiin joko yleisesti tai kohdistuen tarkasti tiettyihin palveluihin. Puolueiden näkemyksissä tulkinta perustui niiden valitsemiin näkökulmiin. Erilaisten asiakirjojen laadussa oli vaihtelua. Ilmiön ongelmallisuudesta käytettiin retorisia ilmaisuja kirjallisuuden ja puolueiden asiakirjojen lisäksi myös asiantuntijoiden selvityksissä. Minulle jäi epäselväksi, miksi erityisesti 2010-luvun kirjallisuudessa ilmiötä käsiteltiin vain kielteisesti, vaikka THL:n mukaan monikanavarahoituksessa oli etujakin. OECD:n ja THL:n raporteissa käsiteltiin lähes samoja asioita lähes samoin ilmaisin. Toisaalta en löytänyt vastauksia siihen, miksi valtionlaitosten, kuten Kelan ja THL:n, asiantuntijoiden näkemykset saattoivat poiketa toisistaan. Erikoista oli se, että asiantuntijoiden ilmiön tulkinta perustui suppeasti julkiseen rahoitukseen, ja hyvin vähän yksityiseen rahoitukseen. Monikanavarahoitusta pidettiin ongelmana Suomessa, mutta muualla vastaavaa ilmiötä ei edes käsitelty. Vallitseva monikanavainen järjestelmämme oli yhdysvaltalaisen näkökulman mukaan yksikanavainen.

Kun jatkossa työterveyshuollosta on saatavissa henkilötasoisia käyttötietoja valtakunnallisista potilasrekistereistä, monikanavarahoituksen tutkimuksessa avautuu kokonaan uusi polku. Empiiristen aineistojen tuottamisessa oli useita vaiheita, joissa palasin usein työterveyshuollon laajuuden takia aiemmin tekemiini tilastoihin. Nyt ilmiötä voidaan tutkia käytännössä niistä potilasryhmistä, jotka eivät käytä työterveyshuollon palveluja, tai asiakkaista, joiden työterveyshuollon käyttötiedot ovat saatavissa palveluntuottajien potilasrekistereistä.

Hermeneuttiseen tutkimusotteeni ja abduktiivisen päättelyni perusteella on jatkossa monikanavarahoituksen tutkimusta tehtävä laajoissa palvelukokonaisuuksissa, joissa on tietoja kaikkien palveluiden käytöstä. Tutkimuksessa on keskityttävä siihen, mitä rahoituksella saadaan aikaan kokonaisuutena, joten pelkkä rahoituksen määrään tai kustannuksiin liittyvä tutkimus on suppeaa. Kun tietopohjaan on saatavissa työterveyshuollon käyttö- ja kustannustiedot, voidaan tehdä tutkimusasetelmia monikanavarahoituksen vaikutuksista palveluiden saatavuus- ja eriarvoisuusongelmiin. Jatko-

tutkimuksissa on oleellista se, miten potilaat valitsevat palvelut, miten ne vaikuttavat ja mitä ne maksavat yhteensä yhteiskunnalle. Monikanavarahoituksen näkökulmasta on jatkossa tärkeää tutkia eri menetelmillä rahoitettujen palveluiden käyttöä ja rahoituksen vaikutuksia kustannuksiin ja hoidon laatuun. Tutkimuksissa ei tutkittaisi pelkästään hoitoon käytettyjä resursseja euroina ja suoritteina, vaan hoitojen kokonaisvaikutuksia julkisen ja yksityisen rahoituksen näkökulmasta.

Työterveyshuoltoon ja opiskeluterveydenhuoltoon on tuotettava tutkimukseen perustuvat ehkäisevän toiminnan, työ- ja opiskelukyvyn sekä työ- ja opiskeluympäristöjen tukemiseen liittyvät valtakunnalliset luokittelut. Luokittelut on tehtävä työterveys- ja opiskeluterveydenhuollosta vastaavia luokitteluja tuottaneiden sekä palveluiden järjestämistä, rahoittamista ja tuottamista koordinoivien tahojen yhteistyönä. Kun luokittelut on saatavissa, henkilötasoiset tiedot voidaan kerätä valtakunnallisiin rekistereihin käyttö- ja kustannustietojen luokitteluiksi. Jos jatkotutkimuksissa on käytettävissä vain sairauksien hoidon tietoja työ- ja opiskeluterveydenhuollosta, arviointien ulkopuolelle jätetään ennaltaehkäisevät toiminnot sekä työ- ja opiskelukyvyn tukeminen. Luokitteluja ei ollut tähän tutkimukseen käytettävissä.

Tulevaisuudessa on tehtävä monikanavarahoitukseen liittyvää tutkimusta, jonka avulla voidaan arvioida, millaisten rahoitustapojen ja -menetelmien avulla on saatavissa eniten kustannusvaikuttavuutta. Lisäksi olisi tutkittava sitä, millaiset rahoitusmenetelmät ja -tavat olisivat väestön näkökulmasta oikeudenmukaisimpia.

Koko yhteiskunnan kannalta olisi suotavaa menettelytapa, jossa säännöllisesti tuotettaisiin julkisesti arvioitavaksi laskelmia ja skenaariota sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistusten vaikutuksista. Skenaarioita voisi laatia uudistamisen hallinnollisista kustannuksista. Olisi syytä arvioida, kuinka paljon kustannuksia on syntynyt vuodesta 2010 alkaen rahoitus- ja palvelujärjestelmän uudistamisen suunnitelmista sote-uudistuksen mahdolliseen toimeenpanoon. Jos rekistereistä ei ole saatavissa tieteelliset kriteerit täyttävää tutkimustietoa, tietoja voi tuottaa edelleen empiiristen tutkimusaineistojen ja mikrosimulaatiomallien avulla (ks. Hyytinen ja Toivanen 2010, 432). Esimerkiksi sote-uudistuksessa suunnitellun monikanavarahoituksen vähentämisen toimenpiteiden lainsäädännöllisistä, poliittisista ja taloudellisista vaikutuksista olisi hyvä tuottaa jälkeenpäin tieteellistä ex post -tutkimusta (vrt. Hyytinen ja Toivanen 2010, 432–433).

Olen toteuttanut väitöskirjassani hermeneuttisen ns. suopeuden periaatetta, jonka mukaisesti tuottamani aineisto vaikuttaa järkevältä. Olen tulkinut ilmeisyyden periaatetta niin, että eri osien arviointi vaikuttaa riittävältä monikanavarahoituksen kokonaisuuden hahmottamiseksi. Olen analysoinut hermeneuttisen kehän mukaan tutkimuskohteeni kokonaisuutta sen osien kautta ja olen lopuksi palannut kokonaisuuden arviointiin. Lopulta tutkimus valmistui, vaikka uusia näkökulmia olisi ollut määrättömästi.

## Lähteet

Aaltonen Juho, Järviö Maija-Liisa, Luoma Kalevi. Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT julkaisut 49, 2009.

Aaltonen Katri, Miettinen Jani, Maljanen Timo, Virta Lauri, Martikainen Jaana E. Lääkkeiden määrääminen avohoidon eri sektoreilla. Suomen Lääkärilehti 2018; 73 (35): 1875–1880.

Abel-Smith Brian. Terveyspalvelujen kustannukset ja tuotot. Kansantaloustieteellinen aikakauskirja 1975; 4: 376–393.

Abelsen Birgit. Pay scheme preferences and health policy objectives. Health Economics, Policy and Law 2011; 6: 157–173.

Airio Ilpo, Niemelä Mikko. Terveys- ja sosiaalihuollon rahoitus. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Kokkinen Laura, Pulkki Jutta, Saarinen Arttu, Tynkkynen Liina-Kaisa, toim. Terveys- ja sosiaalihuollon muutokset. Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampereen University Press, 2015: 43–60.

Alanen Pentti. Hermeneuttinen kehä ja kokeellinen tutkimus. Loimaa: Kustannus HD, 2014.

Alasuutari Pertti. Suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen. Miten muutos on ideologisesti mahdollinen? Julkaisussa: Heiskala Risto, Luhtakallio Eeva, toim. Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 2006: 43–64.

Alkio Mikko. Terveys- ja sosiaalihuollon kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uusittava? Helsinki: WSOY, 2011.

Anell Anders, Glenngård Anna H, Merkur Sherry. Sweden. Health system review. Health Systems in Transition 2012; 14 (5).

Aronkylä Timo, Hallipeltö Aatos, Kangasharju Aki. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra, Sitran selvityksiä 24, 2010.

Arrow Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review 1963; 53 (5): 941–973.

Baggini Julian, Fosl Peter S. Ajattelun pikkujättiläinen. Suomentanut Kilpeläinen Tapani. Tampere: Eurooppalaisen filosofian seura, 2013.

Berger Peter L, Luckmann Thomas. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkimus. Suomentanut ja toimittanut suomeksi Vesa Raiskila. Helsinki: Gaudeamus, 1994.

Björklund Liisa. Kannustaminen ja moraali. Kannustamisen idea suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa 1990-luvulta alkaen. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2008.

Blomgren Jenni, Virta Lauri. Yksityisen sairaanhoidon kustannukset ja Kela-korvaukset keskittyvät. Keitä ovat suurkuluttajat? Suomen Lääkärilehti 2015; 70 (38): 2419–2424.

Blomgren Jenni, Virta Lauri. Socioeconomic differences in exclusive and concurrent use of public, occupational and private health care. A register-based study of the total working-age population of the city of Oulu, Finland. Käsikirjoitus 2018.

Blomgren Jenni, Aaltonen Katri, Tervola Jussi, Virta Lauri. Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 93, 2015.

Blomqvist Åke. Public-sector health care financing. Julkaisussa: Glied Sherry, Smith Peter C, toim. The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press, 2011: 258–284.

Borg Sami, Ketola Kimmo, Kääriäinen Kimmo, Niemelä Kati, Suhonen Pertti. Uskonto, arvot ja institutiot. Suomalaiset World Values -tutkimuksissa. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 4, 2007.

Brax Tuija. Järjestöjen rooli maakunta- ja sote-uudistuksessa. Selvityshenkilön raportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 26, 2018.

Brommels Mats, Aronkylä Timo, Kananoja Aulikki, Lillrank Paul, Reijula Kari. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 37, 2016.

Burgess Jr James F, Street Andrew. Measuring organizational performance. Julkaisussa: Glied Sherry, Smith Peter C, toim. The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press, 2011: 688–706.

Busse Reinhard, Schreyögg Jonas, Gericke Christian. Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, 2007.

Bäck Maria. Kriittiset, mutta uskolliset suomalaiset. Kansalaisten EU-asenteet jäsenyyden aikana. Julkaisussa: Raunio Tapio, Saari Juho, toim. Reunalla vai ytimessä? Suomen EU-politiikan muutos ja jatkuvuus. Helsinki: Eurooppatiedotus, 2017: 26–52.

Chernew Michael E, May Dustin. Health care cost growth. Julkaisussa: Glied Sherry, Smith Peter C, toim. The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press, 2011: 308–328.

Chydenius Miisa, Saarinen Arttu, Tynkkynen Liina-Kaisa. Terveydenhuollon valinnanvapaus eduskunta-puolueiden ohjelmissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2016; 53 (4): 242–257.

Creswell John W, Plano Clark Vicki L. *Mixed methods research*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2011.

Culyer Anthony J. Cost containment in Europe. *Health care systems in transition. The search for efficiency*. Paris: OECD, *Social policy studies* 7, 1990: 29–40.

Eduskunta. Ammattikorkeakoulujen opiskelijat YTHS:n piiriin. Helsinki: Eduskunta, Tiedote 1.3.2019. Saatavissa: <<https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/>>. Viitattu 31.3.2019.

Eisenhardt Kathleen M. Agency theory. An assessment and review. *The Academy of Management Review* 1989; 14 (1): 57–74.

Erhola Marina, Jonsson Pia Maria, Pekurinen Markku, Teperi Juha. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos 3.10.2013. Tampere: THL, 2013.

Euroopan komissio. EU-ohjausjakso: miksi ja miten. Bryssel: Euroopan komissio, 2018. Saatavissa: <[https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework\\_fi](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework_fi)>. Viitattu 14.10.2018.

EU. The management of the health systems in the EU Member States. The role of local and regional authorities. Bryssel: EU, 2012.

EU. Recommendation for a Council recommendation on the 2018 National Reform Programme of Finland and delivering a Council opinion on the 2018 Stability Programme of Finland. Bryssel: EU, 2018. Saatavissa: <<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9435-2018-INIT/en/pdf>>. Viitattu 13.10.2018.

EU-direktiivi 2011/24/EU. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Annettu 9.3.2011.

Evans Robert G, Roos Noralau P. What is right about the Canadian health care system? *The Milbank Quarterly* 1999; 77 (3): 393–399.

Feldman Roger. Quality of care in single-payer and multipayer health systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2009; 34 (4): 649–670.

Floreen Mikko, Komulainen Anne, Tossavainen Pauli. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YTHS. Julkaisussa: Kunttu Kristina, Komulainen Anne, Makkonen Katri, Pynnönen Päivi, toim. *Opiskeluterveys* (verkkojulkaisu). Helsinki: 2017, ote00026.

Forma Pauli, Kuivalainen Susan, Niemelä Mikko, Saarinen Arttu. Kuinka hyvinvointivaltio kesytetään? Julkisen sektorin uudistaminen ja hyvinvointipalvelujen muutos Pohjoismaissa. Turku: Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B 32, 2007.

Forss Mikael, Klaukka Timo. Yleinen terveystakuutus. Idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 2003; 58 (16–17): 1939–1940.

Forss Mikael, Kalimo Esko, Purola Tapani. Vakuutuksen periaate sosiaaliturvassa. Julkaisussa: Hellsten Katri, Helne Tuula, toim. Vakuuttava sosiaalivakuutus? Helsinki: Kela, 2004: 330–352.

Frogner Bianca K, Hussey Peter S, Andersson Gerard F. Health systems in industrialized countries. Julkaisussa: Glied Sherry, Smith Peter C, toim. The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press 1, 2011: 8–29.

Fuenzalida-Puelma Hernan L, O'Dougherty Sheila, Evetovits Tamas, Cashin Cheryl, Kacevicius Gintaras, McEuen Mark. Purchasing of health care services. Julkaisussa: Kutzin Joseph, Cashin Cheryl, Jakab Melitta, toim. Implementing health financing reform. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010: 155–186.

Glied Sherry. Single payer as a financing mechanism. Journal of Health Politics, Policy And Law 2009; 34 (4): 593–615.

Gorey Kevin M. What is wrong with the US health care system? It does not effectively exist for one of every five Americans. Comment. The Milbank Quarterly 1999; 77 (3): 401–407.

Haaparanta Leila. Filosofiset ongelmat ja filosofian paradoksaalisuus. Julkaisussa: Rydenfelt Henrik, Kovalainen Heikki A, toim. Mitä on filosofia? Helsinki: Gaudeamus, 2010: 21–30.

Haaparanta Leila, Niiniluoto Ilkka. Johdatus tieteelliseen ajatteluun. 7. korjattu painos. Helsinki: Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja 3, 1995.

Halmetoja Antti. Universalismi sosiaalipolitiikan ideaalina. Julkaisussa: Halmetoja Antti, Koistinen Pertti, Ojala Satu, toim. Sosiaalipolitiikan lumo. Tampere: Tampere University Press, 2016: 119–128.

Harjula Minna. Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystalouden historia 1900-luvulla. Tampere: Tampereen yliopisto, 2007.

#### *Hallituksen esitykset*

HE 68/2005. Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.

HE 155/2006. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta.

HE 67/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.

HE 75/2011. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta.

HE 324/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 15/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan ilmoituksen antamiseksi. 2017.

HE 47/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja valtion talouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta.

HE 57/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi annetun hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) täydentämiseksi maakuntien rahoitusta koskevien ja eräiden muiden säännösten osalta.

HE 68/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain ja sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:n ja 18 luvun 8 §:n muuttamisesta.

HE 14/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntauudistuksen täytäntöönpanoa sekä valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien uudelleenorganisointia koskevaksi lainsäädännöksi.

HE 15/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi.

HE 16/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 77/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain 13 luvun muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta.

HE 145/2018. Hallituksen esitys laiksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

Heinämäki Liisa. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Helsinki: THL, Tutkimuksia 75, 2012.

Hekkala Mari. Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta. Julkaisussa: Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri, Leppo Kimmo, toim. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: THL, Teema 17, 2013: 103–108.

Helin Heikki, Hyypiä Markku, Lankinen Markku. Erilaiset kunnat. Kustannuserojen taustat. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö, Kunnallisan alan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu 10, 1996.

Hellsten Katri. Vaivaishoidosta hyvinvointivaltion kriisiin. Hyvinvointivaltiokehitys ja sosiaaliturvajärjestelmän muotoutuminen Suomessa. Helsinki: Helsingin yliopisto, Tutkimuksia 2, 1993.

Hiilamo Heikki. Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä sote-uudistuksessa on kysymys? Helsinki: Into, 2015.

Hiilamo Heikki, Kangas Olli, Manderbacka Kristiina, Mattila-Wiro Päivi, Niemelä Mikko, Vuorenkoski Lauri. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Helsinki: Kela, 2010.



Hiilamo Heikki, Kangas Olli, Niemelä Mikko. Hyvinvointivaltio ja sosiaalipolitiikka. Julkaisussa: Erola Jani, Räsänen Pekka, toim. Johdatus sosiologian perusteisiin. Helsinki: Gaudeamus, 2014: 195–209.

Hiltunen Riina, Mikkola Hennamari, Virta Lauri. Kilpailevatko yksityiset yleislääkärit hinnoilla? Yhteiskuntapolitiikka 2017; 82 (4): 377–391.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 2008.

Hjerpe Reino, Ilmakunnas Seija, Valppu Pirkko, Voipio likko B, toim. Hyvinvointivaltio 2000-luvun kynnyksellä. Helsinki: VATT, VATT-julkaisuja 28:1, 1999.

HMV PublicPartner. Sähköisen omahoidon vaikuttavuus selvitys. Tapaustutkimus Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS:n valituista palveluista. Helsinki: Sitra, 2015.

Holmström Bengt, Milgrom Paul. Multitask principal-agent analyses. Incentive contracts, asset ownership, and job design. The Journal of Law, Economics, and Organization 1991; 7 (Sp): 24–53.

Hujanen Timo, Mikkola Hennamari. Työterveyshuollon merkitys perusterveydenhuollossa ja työnantajan investointina. Julkaisussa: Mikkola Hennamari, Blomgren Jenni, Hiilamo Heikki, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012: 152–162.

Hujanen Timo, Mikkola Hennamari. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 42, 2013.

Hujanen Timo, Mikkola Hennamari. Työterveyshuollon kustannuskehitys. Suomen Lääkärilehti 2016; 71 (21): 1537–1540a.

Hujanen Timo, Pekurinen Markku, Häkkinen Unto. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Helsinki: Stakes, Työpapereita 11, 2006.

Hujanen Timo, Kapiainen Satu, Tuominen Ulla, Pekurinen Markku. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Helsinki: Stakes, Työpapereita 3, 2008a.

Hujanen Timo, Peltola Mikko, Häkkinen Unto, Pekurinen Markku. Miesten ja naisten terveysmenot 2006. Helsinki: Stakes, Työpapereita 37, 2008b.

Hujanen Timo, Tervola Jussi, Maljanen Timo, Mikkola Hennamari. Sairausvakuutuksesta (sv) rahoitetun terveysturvan merkitys terveydenhuollossa. Tarvitseeko köyhä kunta enemmän sv-rahoitusta kuin rikas? Julkaisussa: Klavus Jan, toim. Terveystaloustiede 2011. Helsinki: THL, 2011: 22–27.

Hujanen Timo, Häkkinen Unto, Peltola Mikko. Terveys- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain vuonna 2010. Helsinki: THL, 2012.

Hurley Jeremiah. An overview of the normative economics of health sector. Julkaisussa: Culyer Anthony J, Newhouse Joseph P, toim. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier, 2000: 55–118.

Husman Kaj. Suomalaisen työterveyshuollon kehitys. Julkaisussa: Martimo Kari-Pekka, Antti-Poika Mari, Uitti Jukka, toim. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 2010: 56–68.

Huttunen Jussi. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2, 2007.

Huttunen Jussi. Sosiaali- ja terveysdenhuollon rakenne- ja rahoitusratkaisut. Vaihtoehtojen tarkastelua. Esitelmä Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksen loppuseminaarissa 14.6.2011 Jyväskylässä. Saatavissa: <<https://docplayer.fi/3538418-Sosiaali-ja-terveydenhuollon-rakenne-ja-rahoitusratkaisut-vaihtoehtojen-tarkastelua-jussi-huttunen.html>>. Viitattu 3.3.2019.

Huhtanen Jorma. Kunnallinen terveysvakuutus. Ratkaisu terveydenhuollon rahoitukseen. Yksityislääkäri 2003; 5: 12–13.

Huunan-Seppälä Antti. Jaakko Pajula Kelaä johtamassa. Julkaisussa: Helminen Olli, Huunan-Seppälä Antti, Karapuu Heikki, Kämäräinen Mikko, Rantamäki Juhani, toim. Juhlakirja Jaakko Pajula 1. Ihminen ja yhteiskunta. Helsinki: Kela, 1989: 35–40.

Hyssälä Liisa, Backman Jouni. Kansanvallan peruskorjaus. Kaikki voimavarat käyttöön. Helsinki: Sitra, Työpaperi, 2018. Saatavissa: <<https://www.sitra.fi/julkaisut/kansanvallan-peruskorjaus/>>. Viitattu 8.9.2018.

Hyytinen Ari, Toivanen Otto. Tutkimuksen hyödyntäminen päätöksenteossa. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2010; 106 (4): 426–436.

Häggman Kai. Suurten muutosten Suomessa. Kansaneläkelaitos 1937–1997. Helsinki: Kela, 1997.

Häkkinen Pirjo, Matveinen Petri. Erikoissairaanhoidon tuottavuus 2016. Helsinki: THL, Tilastoraportti 8, SVT, 2018.

Häkkinen Unto. Terveyspalvelujen kustannukset, rahoitus ja hinnat Suomessa vuosina 1960–1985. Helsinki: Kela, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:65, 1988.

Häkkinen Unto. Onko terveydenhuolto kriisissä? Talous ja yhteiskunta 2003; 31 (1): 31–36.

Häkkinen Unto. The impact of changes in Finland's health care system. Health Economics 2005; 14 (51): S101–S118.

Häkkinen Unto, Jonsson Pia. Harnessing diversity of provision. Julkaisussa: Magnussen Jon, Vrangbæk Karsten, Saltman Richard B, toim. Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009: 198–213.

Häkkinen Unto, Peltola Mikko. Sosiaali- ja terveystaloustieteen edellyttämä tietopohja. Julkaisussa Keskimäki Ilmo, Moisio Antti, Pekurinen Markku, toim. Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22, 2016: 81–94. Saatavissa: <<https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=1280>>. Viitattu 7.9.2018.

Häkkinen Unto, Keskimäki Ilmo, Linnakko Eero, Pekurinen Markku. Terveydenhuollon UNELMA-malli. Julkaisussa: Rissanen Pekka, Valtonen Hannu toim. Terveystaloustiede. Helsinki: Stakes, Aiheita 5, 1995a: 8–10.

Häkkinen Unto, Salonen Markku, Nordberg Mai. Alueelliset erot sairastavuudessa, sairaalakäytössä ja terveydenhuollon kustannuksissa. Helsinki: Stakes, Aiheita 13, 1995b.

Häkkinen Unto, Nguyen Lien, Pekurinen Markku, Peltola Mikko. Tutkimus terveyden ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Helsinki: THL, Raportti 3, 2009.

IMF Finland. Staff report for the 2012 Article IV consultation. Washington, DC: International Monetary Fund, IMF Country Report 12/253, 2012.

Isosaari Ulla. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähihoitamisen näkökulmasta. Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 188, Sosiaali- ja terveystaloustiede 2, 2008.

Jakubowski Elke, Saltman Richard B, toim. The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.

Jensen Michael C, Meckling William H. Theory on the firm. Managerial behavior, agency cost, and ownership structure. *Journal of Financial Economics* 1976; 3 (4): 305–360.

Johanson Jan-Erik, Vakkuri Jarmo. Governing hybrid organisations. Exploring diversity of institutional life. New York, NY: Routledge, 2018.

Jonsson Pia Maria, Nykänen Eeva, Pohjola Pasi ym. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystaloustieteissä. Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Helsinki: THL, Työpaperi 6, 2016.

Jourard Isabelle, Andre Christophe, Nicq Chantal. Health care systems. Efficiency and institutions. Paris: OECD, OECD Economics Department Working Papers 769, 2010.

Julkunen Raija. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino, 2001.

Julkunen Raija. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes, 2006.

Julkunen Raija. Muuttuvat hyvinvointivaltiot. Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, SoPhi 137, 2017. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7146-5>>. Viitattu 11.3.2019.

Junnila Maija-Liisa, Pekurinen Markku. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmä. Nykytilanteen arviointi ja uudistustarpeet. Julkaisussa: Keskimäki Ilmo, Moisio Antti, Pekurinen Markku, toim. Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22, 2016: 24–34. Saatavissa: <<https://tietokayto.fi/julkaisu?pubid=1280>>. Viitattu 7.9.2018.

Jylhäsaari Jussi. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 212, 2009.

Kakkuri-Knuuttila Marja-Liisa. Käsitteen muodostus. Julkaisussa: Argumentti ja kriikki. Lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot. Helsinki: Gaudeamus, 1999: 328–367.

Kalimo Esko, Karisto Antti, Klaukka Timo, Lehtonen Risto, Nyman Kauko, Raitasalo Raimo. Työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Suomen Lääkärilehti 1989; 44: 3609–3617.

Kalliomaa-Puha Laura. Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Kokkinen Laura, Pulkki Jutta, Saarinen Arttu, Tynkkynen Liina-Kaisa, toim. Terveysterveysten muutokset. Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampereen Yliopisto, 2015: 133–153.

Kangas Olli. Muutos ja pysyvyys. Miksi toiset sosiaalipoliittiset järjestelmät ovat pysyvämpiä kuin toiset? Julkaisussa: Blomberg Helena, Hannikainen Matti, Kettunen Pauli, toim. Lamakirja. Näkökulmia 1990-luvun talouskriisiin ja sen historiallisiin konteksteihin. Turku: Kirja-Aurora, 2002: 233–254.

Kangas Olli. Poliitiikka ja sosiaaliturva Suomessa. Julkaisussa: Paavonen Tapani, Kangas Olli, toim. Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Helsinki: Suomen eduskunta, 2006: 190–363.

Kantola Anu. Suomea trimmaamassa. Suomalaisen kilpailuvaltion sanastot. Julkaisussa: Heiskala Risto, Luhtakallio Eeva, toim. Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Tampere: Gaudeamus, 2006: 156–178.

Kapiainen Satu, Eskelinen Janne. Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011. Helsinki: THL, Raportti 17, 2014.

Kapiainen Satu, Klavus Jan. Terveysterveysten rahoituksen progressiivisuus ja toimeentulovaikutukset Suomessa 1990–2001. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2007; 103 (3): 351–363.

Kari Hanna, Selo Noora, Savolainen Minna. Digitaalinen terveysterveysten palvelu opiskeluterveydenhuollossa. Julkaisussa: Kunttu Kristina, Komulainen Anne, Makkonen Katri, Pynnönen Päivi, toim. Opiskeluterveys (verkkojulkaisu). Helsinki: Duodecim, 2017: ote00027.

Kari Matti. Sosiaaliturvajärjestelmät eri maissa. Helsinki: Finva, 2011.

Kari Matti, Markwort Jari. Kolmas sektori EU:ssa ja eräissä Euroopan maissa. Helsinki: RAY, RAY:n avustustoiminnan raportteja 14. 2004.

Karsio Olli. Voiton tavoittelua hyvinvointivaltiossa. Julkaisussa: Halmetoja Antti, Koistinen Pertti, Ojala Satu, toim. Sosiaalipolitiikan lumo. Tampere: Tampere University Press, 2016, 45–54.

Kattelus Mervi, Saari Juho. Terveyspolitiikan eurooppalaistuminen. Reflektioprosessi sisämarkkinoiden tasapainottamisen välineenä. Yhteiskuntapolitiikka 2006: 71 (1): 73–88.

KD. Kristillisdemokratia. Vastuuta ja välittämistä. Kristillisdemokraattien periaateohjelma ja yleisohjelma 2005. Helsinki: KD, 2005.

KD. Kristillisdemokraattien tavoiteohjelma vaalikaudelle 2007–2011. Helsinki: KD, 2006.

KD. Koti, uskonto, isänmaa. Tästä on kyse. Kristillisdemokraattien vaaliohjelma 2011–2015. Helsinki: KD, 2011.

Kela. Kelan työterveyshuoltotilasto 2009. Helsinki: Kela, SVT, 2011.

Kela. Tilastotietokanta Kelasto. Sairaanhoidokorvausten saajat ja maksetut korvaukset 2013. Saatavissa: <<http://raportit.kela.fi>>. Viitattu 10.6.2014. Helsinki: Kela, 2014a.

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2013. Helsinki: Kela, SVT, 2014b.

Kela. Tilastotietokanta Kelasto. Yrittäjien työterveyshuollon saajat ja maksetut korvaukset 2013. Saatavissa: <<http://raportit.kela.fi>>. Viitattu 10.6.2014. Helsinki: Kela, 2014c.

Kela. Kelan työterveyshuoltotilasto 2013. Helsinki: Kela, SVT, 2015.

Kela. Tilastotietokanta Kelasto. Sairaanhoidokorvausten saajat ja maksetut korvaukset 2017. Saatavissa: <<http://raportit.kela.fi>>. Viitattu 29.4.2018. Helsinki: Kela, 2018.

Keskimäki Ilmo. Multisource financing of health and social care. Health Policy Monitor 2011 (January). Saatavissa: <<http://www.hpm.org/survey/fi/a16/1>>. Viitattu 24.7.2013.

Keskusta. Vähän kuin itseäsi äänestäisit. Keskustan tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011. Helsinki: Keskusta, 2006.

Keskusta. Äänestä kotiasi. Keskustan kunta- ja maakuntaohjelma 2008. Helsinki: Keskusta, 2008.

Keskusta. Tämä maa rakennetaan yhdessä. Suomen Keskustan tavoiteohjelma 2010-luvulle. Helsinki: Keskusta, 2010.

Keskusta. Koko Suomi, kaikki suomalaiset. Keskustan vaaliohjelma vuoden 2011 eduskuntavaaleihin. Helsinki: Keskusta, 2011a.

Keskusta. Kuntien hyvinvointipalvelut voidaan turvata. Keskustan politiikkalinjaukset 2011–2015, Helsinki: Keskusta, 2011b.

Keskusta. On kotiin tulon aika. Keskustan kuntavaaliohjelma 2012. Helsinki: Keskusta, 2012.

Keskusta. Keskustan linjaus kuntapalveluiden turvaamiseksi. Helsinki: Keskusta, 2013.

Keskusta. Kohti 2020-lukua. Keskustan aatteellispoliittinen uudistusohjelma Suomen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Helsinki: Keskusta, 2014.

Keskusta. Suomi kuntoon! Keskustan vaaliohjelma vuoden 2015 eduskuntavaaleihin. Helsinki: Keskusta, 2015.

Keskusta. Huolenpitoa huomennakin. Keskustan vaihtoehto kuntavaaleissa 2017. Helsinki: Keskusta, 2017.

Ketola Eeva, Wickström Sara, Huvinen Santeri, Pitkänen Virpi, Seppälä Timo T. Perusterveydenhuollon asiakkaiden hoitoepisodit ja niiden kustannukset tulevien maakuntien alueilla. Tuotteistuksen pilotointi. Helsinki: THL, Tutkimuksesta tiiviisti 20, 2018. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-147-8>>. Viitattu 14.9.2018.

Kiander Jaakko. 1930-luvun pulakausi ja 1990-luvun talouskriisi. Julkaisussa: Blomberg Helena, Hannikainen Matti, Kettunen Pauli, toim. Lamakirja. Näkökulmia 1990-luvun talouskriisiin ja sen historiallisiin konteksteihin. Turku: Kirja-Aurora, 2002: 47–69.

Kiander Jaakko. Sosiaaliturva luo perustan tehokkaalle taloudelle. Julkaisussa: Särkelä Riitta, Siltaniemi Aki, Rouvinen-Vilenius Päivi, Parviainen Heikki, Ahola Eija, toim. Hyvinvointitalous. Helsinki: SOSTE, 2014: 28–36.

Kiander Jaakko. Suomalainen talouspolitiikka EMU-ajan kriiseissä. Mallioppilaasta keskitason suorittajaksi. Julkaisussa: Raunio Tapio, Saari Juho, toim. Reunalla vai ytimessä? Suomen EU-politiikan muutos ja jatkuvuus. Helsinki: Eurooppatiedotus, 2017: 71–94.

Kielitoimiston sanakirja. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus, 2019. Saatavissa: <http://www.kielitoimiston.sanakirja.fi>. Viitattu 29.4.2019.

Kingdon John W. Agendas, alternatives, and public policies. Second edition. Harlow: Pearson Education, 2014.

Kivistö Jussi. Agency theory as a framework for the government-university relationship. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Electronica Universitatis Tampereensis 625, 2007.

Klavus Jan, Järvelin Jutta, Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari. Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2005; 101 (3): 314–327.

Klavus Jan, Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari. Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2004; 100 (2): 128–136.

Kokko Simo. Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Julkaisussa: Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorekoski Lauri, Leppo Kimmo, toim. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: THL, Teema 17, 2013: 242–260.

Kokko Simo. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Kokkinen Laura, Pulkki Jutta, Saarinen Arttu, Tynkkynen Liina-Kaisa, toim. Terveydenhuollon muutokset. Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampereen yliopisto, 2015: 27–42.

Kokoomus. Vastuullinen markkinatalous ja sen vaikutukset Suomen tulevaisuuteen. Kokoomuksen eduskuntavaaliohjelma 2007. Helsinki: Kokoomus, 2007.

Kokoomus. Sujuvat palvelut, vahvat peruskunnat. Kokoomuksen tiekartta tulevaisuuden kuntakenttään. Helsinki: Kokoomus, 2011.

Kokoomus. Strateginen hallitusohjelma 2015. Jos vanha tapa ei toimi, tarvitaan korjausliike. Helsinki: Kokoomus, 2015.

Kokoomus. Millainen on hyvä kunta? Helsinki: Kokoomus, 2017.

Koskela Erkki, Loikkanen Heikki A, Tuomala Matti. Julkinen sektori Suomessa. Julkaisussa: Loikkanen Heikki A, Pekkarinen Jukka, Tuomala Matti, toim. Kansantaloutemme. Rakenteet ja muutos. Helsinki: Taloustieto, 2002: 173–224.

Koskiahho Tapio. Työterveyshuoltolaki. Tutkimus lainsäädännön syntyprosessista vuosina 1968–1978. Helsinki: STM, Sosiaalisia erikoistutkimuksia 131, SVT, 1987.

Kosonen Pekka. Pohjoismaiset mallit murroksessa. Tampere: Vastapaino, 1998.

Kouvo Antti. Luottamuksen lähteet. Turku: Turun yliopisto, Annales Universitatis Turkuensis C 381, 2014.

Kroneman Madelon, Boerma Wienke, van den Berg Michael, Groenewegen Peter, de Jong Judith, van Ginneken Ewout. Netherlands. Health system review. Health Systems in Transition 2016; 18 (2).

Kukkonen Martti, Liljeblad Sami, toim. Läpivalaisusta läpikotaiseksi. Ylioppilaiden terveydenhuollon kuusi vuosikymmentä 1932–1992. Helsinki: YTHS, 1991.

Kunttu Kristina, Pesonen Tommi, Saari Juhani. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Helsinki: YTHS, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48, 2016.

Kuoppala Kari. Organisaatiotutkimuksen näkökulma institutionalisoitumiseen. Julkaisussa: Riukulehto Sulevi, toim. Järkäleitä ja kulmakiviä. Instituutiot yhteiskunnassa. Vaasa: Vaasan yliopisto, 2001: 29–65.

Kusch Martin. Ymmärtämisen haaste. Oulu: Pohjoinen, 1986.

Kutzin Joseph. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56 (3): 171–204.

Kutzin Joseph. Health financing policy. A guide for decision-makers. Paris: WHO, Health Financing Policy Paper 1, 2008.

Kutzin Joseph, Shishkin Sergey, Bryndova Lucie, Schneider Pia, Hrobon Pavel. Reforms in the pooling funds. Julkaisussa: Kutzin Joseph, Cashin Cheryl, Jakab Melitta, toim. Implementing health financing reform. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010: 119–153.

Kuusi Osmo, Rynnänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Helsinki: Eduskunta, Eduskunnan kanslian julkaisu 3, 2006.

Kuusi Pekka. 60-luvun sosiaalipoliittikka. 4. painos. Helsinki: Sosiaalipoliittinen yhdistys, Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6, 1963.

#### *Lait*

L 364/1963. Sairausvakuutuslaki.

L 66/1972. Kansanterveyslaki.

L 75/1972. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta.

L 953/1976. Kuntalaki.

L 159/1978. Laki Työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta.

L 743/1978. Työterveyshuoltolaki.

L 1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki.

L 152/1990. Laki yksityisestä terveydenhuollosta.

L 1116/1990. Mielenterveyslaki.

L 733/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta.

L 734/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

L 365/1995. Kuntalaki.

L 731/1999. Perustuslaki.

L 55/2001. Työsopimuslaki.

L 1383/2001. Työterveyshuoltolaki.

L 738/2002. Työturvallisuuslaki.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

L 857/2004. Laki potilaan oikeuksista ja asemasta annetun lain muuttamisesta.

L 169/2007. Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta.



L 668/2008. Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta.  
L 1704/2009. Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta.  
L 1065/2010. Laki sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.  
L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.  
L 1382/2010. Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta.  
L 1201/2013. Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta.  
L 676/2014. Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta.  
L 410/2015. Kuntalaki.

Laesterä Eero. Finanssiriskit Suomen kunnissa. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 1494, 2010.

Lainkirjoittajan opas. Kansallisten säädösten valmistelua koskevat ohjeet. Veron ja maksun välinen ero. Helsinki: OM, 2017. Saatavissa: <<http://lainkirjoittaja.finlex.fi/>>. Viitattu 8.9.2017.

Lamberg Juha-Antti, Ojala Jari, Eloranta Jari. Uusinstitutionismi ja taloushistoria. Julkaisussa: Lamberg Juha-Antti, Ojala Jari, toim. Uusi institutionaalinen taloushistoria. Johdanto tutkimukseen. Jyväskylä: Atena, 1997: 15–47.

Lammintakanen Johanna, Rissanen Sari. Poliittika ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa. Julkaisussa: Rissanen Sari, Lammintakanen Johanna, toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro, 2017: 39–58.

Lehto Juhani. Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Julkaisussa: Ollila Eeva, Ilva Minna, Koivusalo Meri, toim. Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Helsinki: Stakes, Raportteja 276, 2003: 35–41.

Lehto Juhani. Terveydenhuoltopolitiikka. Julkaisussa: Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri, Leppo Kimmo, toim. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: THL, Teema 17, 2013: 160–168.

Lehto Juhani. Pohjoismainen vai omalaatuinen terveydenhuolto? Julkaisussa: Niemelä Mikko, Kokkinen Laura, Pulkki Jutta, Saarinen Arttu, Tynkkynen Liina-Kaisa, toim. Terveydenhuollon muutokset. Poliittika, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampereen yliopisto, 2015: 61–78.

Leppo Kimmo. WHO:n entinen aluejohtaja, professori Leo Kaprio. Kansainvälinen ura koului alansa valtiomieheksi. Helsingin Sanomat 25.8.1999. Saatavissa: <<https://www.hs.fi/ihtiset/art-2000003822348.html?share=c3f636456cce75ad862f4e486d98a073>>. Viitattu 6.3.2019.

Leppo Kimmo. Kansan terveys on tahdon asia. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö, 2010.

Leppo Kimmo. Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Julkaisussa: Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri, Leppo Kimmo, toim. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL, Teema 17, 2013: 86–102.

Leskelä Riikka-Leena, Komssi Vesa, Sandström Saana ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 2013; 68 (48): 3163–3169.

Leskelä Riikka-Leena, Komssi Vesa, Sandström Saana ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. *Suomen Lääkärilehti* 2016; 71 (11): 809–817.

Leskelä Riikka-Leena, Uimonen Tommi, Virta Lauri, Pikkujämsä Sirkku, Kopperoinen Tuomas, Mikkola Hennamari. Peruspalvelujen käyttö ja kustannukset pitkäaikaissairailta. Julkisten, yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen vertailu. *Suomen Lääkärilehti* 2017; 72 (6): 355–359.

Leskelä Riikka-Leena, Hovi Hanna, Pennanen Paula, Nuutinen Mikko, Pikkujämsä Sirkku, Mikkola Hennamari. Sote-keskuksen kapitaatiokorvauksen määrittely. *Suomen Lääkärilehti* 2018; 73 (23): 1494–1498.

Lillrank Paul, Haukkapää-Haara Pirjo. Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalli. Helsinki: KTM, Rahoitetut tutkimukset, Elinkeino-osasto 1, 2006.

Lillrank Paul, Reijonsaari Karita, Heikkilä Petri, Silander Katariina. Seitsemän syytä sairauteen. Miksi terveydenhuolto ei toimi. Helsinki: EVA, EVA pamfletti, 2016.

Lähdesmäki Sirpa. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulostavasta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 113, Hallintotiede 7, 2003.

Magnussen Jon, Vrangbæk Karsten, Saltman Richard B, toim. Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Maljanen Timo, Komu Merja, Mikkola Hennamari. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärin perimiin palkkioihin. Julkaisussa: Klavus Jan, toim. Terveystaloustiede 2011. Helsinki: THL, 2011: 28–33.

Manderbacka Kristiina, Gissler Mika, Husman Kaj ym. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Julkaisussa: Teperi Juha, Vuorenkoski Lauri, Manderbacka Kristiina, Ollila Eeva, Keskimäki Ilmo, toim. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, Hyvinvointivaltion rajat, 2006: 42–55.

Matikainen Tanja. Rahoitusperiaate kunnallisen itsehallinnon turvaajana. Tutkimus rahoitusperiaatteen toteutumisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston oikeustieteellisiä julkaisuja, 2014.

Mattila Yrjö. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntavoista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 2011.

Mayston David. Principals, agents and the economics of accountability in the new public sector. *Accounting & Accountability Journal*, 1993; 6 (3): 68–96.

McGuire Thomas C. Physician agency and payment for primary medical care. Julkaisussa: Glied Sherry, Smith Peter C, toim. The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press, 2011: 602–623.

Meklin Pentti. Tarkastuksen tehtävä kunnan tulosoajauksessa. Pohdintaa agenttiteorian lähtökohdista. Julkaisussa: Ryyänen Aimo, Meklin Pentti, Karhu Veli, Kallio Olavi, toim. Kunnallisen itsehallinnon renessanssi. Rakennuspuita alkavalle vuosisadalle. Juhlakirja Paavo Hoikan jäädessä eläkkeelle 1.2.2000. Tampere: Tampereen yliopisto, 2000: 133–149.

Meklin Pentti, Pukki Heikki. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannuserojen syyt. Havaintoja ART-TU2-kunnista. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Acta 266, 2017.

Meklin Pentti, Vakkuri Jarmo. Kuntien itsehallinnon taloudellinen perusta. Julkaisussa: Haveri Arto, Stenvall Jari, Majoinen Kaija, toim. Kunnallisen itsehallinnon peruskivet. Helsinki: Kuntaliitto, Acta 224, 2011: 283–296.

Meklin Pentti, Rajala Tuija, Sinervo Lotta-Maria, Vakkuri Jarmo. Kunta hyvinvointipalvelujen järjestäjänä. Rajallisten voimavarojen tehokkaan hallinnan ongelma. Julkaisussa: Karppi Ilari, Sinervo Lotta-Maria, toim. Governance. Uuden hallintatavan jäsentyminen. Tampere: Tampereen yliopisto, 2009: 237–277.

Melkas Tapani. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. Yhteiskuntapolitiikka 2013: 78 (2); 181–196.

Miettinen Jani, Tervola Jussi, Virta Lauri ym. Sairaanhoidovakuutuksen korvaamien yksityisten terveystalvelujen käytön kehitys ja hintavertailu. Helsinki: Kela, Työpapereita 45, 2013.

Miettinen Jani, Aaltonen Katri, Martikainen Jaana E. Lääkemääräysten alkuperän määrittäminen terveydenhuollon käyntitietojen avulla. Menetelmäraportti Oulu-hankkeessa käytetystä algoritmista. Helsinki: Kela, Työpapereita 108, 2016.

Miettinen Sari. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 1625, 2011.

Mikkola Hennamari. Empirical studies on Finnish hospital pricing methods. Helsinki: Helsinki School of Economics, Acta Universitatis oeconomicae Helsingiensis A 203, 2002.

Mikkola Hennamari. Kelan malli terveydenhuollon rahoituksen järjestämiseksi. Luentomateriaali. Terveystaloustieteen päivä, Helsinki 4.2.2011.

Mikkola Hennamari, Virta Lauri. Miten sairaanhoidovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkäripalkkioita? Julkaisussa: Mikkola Hennamari, Blomgren Jenni, Hiilamo Heikki, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012: 190–203.

Mikkola Teija, Nemlander Anu, Tyni Tero. Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannukset vuonna 2012. Imatra, Järvenpää, Kaarina, Kainuu, Kemi, Kerava, Kirkkonummi, Kotka, Lohja, Loviisa, Mikkeli, Mustijoki, Porvoo, Rovaniemi, Salo, Sipoo, Tuusula. Helsinki: Kuntaliitto, 2013.

Mikkola Teija, Nemlander Anu, Tyni Tero. Suurten kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset vuonna 2013. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori Tampere, Turku, Vantaa. Helsinki: Kuntaliitto, 2014.

Milén Anneli. Opiskeluterveydenhuollon kehittämisohjelma 2014–2018. Suunnitelma. Helsinki: THL, Työpaperi 11, 2014.

Moilanen Jan, Knape Nina, Häkkinen Unto, Hujanen Timo, Matveinen Petri. Terveystoimen menot ja rahoitus 1995–2005. Helsinki: Stakes, Raportteja 16, 2008.

Mooney Gavin, Ryan Mandy. Agency in health care. Getting beyond first principles. *Journal of Health Economics* 1993; 12: 125–135.

Mossialos Elias, Dixon Anna. Funding health care. An introduction. Julkaisussa: Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joseph, toim. Funding health care. Options for Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, European Observatory on Health Care Systems Series, 2002: 1–10.

Mossialos Elias, Le Grand Julian. Cost containment in the EU. An overview. Julkaisussa: Mossialos Elias, Le Grand Julian, toim. Health care and cost containment in the European Union. Aldershot: Ashgate, 1999: 1–154.

Mossialos Elias, Srivastava Divya. Pharmaceutical policies in Finland. Challenges and opportunities. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series 10, 2008.

Musgrave Peggy B, Musgrave Richard A. Public finance in theory and practice. Tokyo: Mc-Graw-Hill, 1980.

Myhrman Rolf, Alila Antti, Siljander Eero. Skenaarioita sosiaalimenoista. Terveystoimen edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 7, 2009.

Myllymäki Kati. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Helsinki: Kuntaliitto, 2011.

Mäkäläinen Jari. Maakuntien ohjauksen simuloinnin loppuraportti. Helsinki: VM, 2018. Saatavissa: <<https://alueuudistus.fi/documents/1477425/8406491/Simulointiraportti.pdf/71f5bcbb-b4b0-443b-b49e-77b217d57ecc/Simulointiraportti.pdf>>. Viitattu 14.9.2018.

Nguyen Lien. Dental service utilization. Dental health production and equity in dental care. The Finnish experience. Helsinki: University of Helsinki, 2008.

Niemelä Heikki. Suomen kokonaiseläkejärjestelmän muotoutuminen. 2. painos. Helsinki: Kela, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, 1994.

Niemelä Heikki. Yhteisvastuuta ja valinnanvapautta. Sairausvakuutus 50 vuotta. Helsinki: Kela, 2014.

Niemelä Mikko. Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 102, 2008.

Niemelä Mikko. Poliitiikkaprosessit ja ongelmanmäärittäminen kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Saari Juho, toim. Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Kela, 2011: 100–127.

Niemelä Mikko, Saari Juho, toim. Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Kela, 2011.

Niemelä Mikko, Saarinen Arttu. Terveysturvan politiikan muutokset. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Kokkinen Laura, Pulkki Jutta, Saarinen Arttu, Tynkkynen Liina-Kaisa, toim. Terveysturvan muutokset. Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampereen yliopisto, 2015: 13–26.

Niemelä Pauli. Hyvinvointipoliitiikan teoria. Julkaisussa: Niemelä Pauli, toim. Hyvinvointipoliitiikka. Helsinki: WSOY Pro, 2010.

Niiniluoto Ilkka. Tieteellinen päättely ja selittäminen. Helsinki: Otava, 1983.

Niiniluoto Ilkka. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava, 1997.

Niiranen Vuokko, Puustinen Alisa, Zitting Joakim, Kinnunen Juha. Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakenneuudistuksissa. Paras-ARTTu-ohjelman tutkimuksia nro 25. Helsinki: Kuntaliitto, ACTA 245, 2013.

Noro Leo. Työterveyslaitos. Tausta ja kehitys. Helsinki: Työterveyslaitos, 1979.

North Douglass C. Institutions and economic performance. Julkaisussa: Mäki Uskali, Gustafsson Bo, Knudsen Christian, toim. Rationality, institutions and economic methodology. London: Routledge, 1993a: 242–261.

North Douglass C. Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge: Cambridge University Press, 1993b.

North Douglass C. The Process of economic change. Helsinki: UNU Wider World Institute for Development Research, Working paper 128, 1997. Saatavissa: <<https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/WP128.pdf>>. Viitattu 31.3.2015.

Nylander Olli. Sote-uudistus – pirallinen ongelma. Ajopuu vai projekti? Helsinki: Books on Demand, 2016.

OECD. OECD Economic Surveys: Finland 1998. Paris: OECD, 1998.

OECD. OECD Reviews of Health Systems: Finland 2005. Paris: OECD, 2005.

OECD. OECD economic surveys: Finland. Paris: OECD, 2012.

OECD. Economic Outlook. OECD: Paris, 2013.

OECD. Health at a Glance 2017. Paris: OECD, 2017. Saatavissa: <[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)>. Viitattu 17.1.2018.

OECD. State of Health in the EU: Finland. Country Health Profile. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. Saatavissa: <<http://www.oecd-ilibrary.org>>. Viitattu 16.3.2018.

OECD. Health expenditure and financing. Paris: OECD, 2019. Saatavissa: <<http://stats.oecd.org>>. Viitattu 26.2.2019.

Ojala Jari, Lamberg Juha-Antti. Douglass C. North ja uusi institutionaalinen taloushistoria. Julkaisussa: Riukulehto Sulevi, toim. Järkäleitä ja kulmakiviä. Instituutiot yhteiskunnassa. Vaasa: Vaasan yliopisto, 2001: 66–85.

Oksanen Heikki. Euro ja Suomi politiikan ja talousoppien valossa. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2017; 113 (2): 183–205.

Oliver Adam. Single-payer option. A reconsideration. Journal of Health Politics, Policy and Law 2009; 34 (4): 509–530.

Oliver Adam, Mossialos Elias, Alan Maynard. The contestable nature of health policy analysis. Health Economics 2005; 14 (S1): S3–S6.

Olson Mancur. The logic of collective action. Public goods and the theory of groups. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

Oulasvirta Lasse. Uusi organisaatioiden taloustiede ja kunnallishallinnon tutkimus. Julkaisussa: Ant-tiroiko Ari-Veikko, toim. Kunnallishallinto & politiikan taloustiede. Uusi poliittinen taloustiede kuntien hallinnon, talouden ja ympäristösuhteiden analyysikehyksenä. Tampere: Tampereen yliopisto, Kunnallistieteiden laitos 1, 1994: 146–161.

Oulasvirta Lasse. Kunnan fiskaali käyttäytyminen ja valtionavut. Julkaisussa: Niemelä Heikki, Saari Juho, Salminen Kari, toim. Sosiaalipolitiikan teoreettisia lähtökohtia. Sosiaalitalouden näkökulma. Helsinki: Kela, 1996: 208–227.

Oulasvirta Lasse, Ohtonen Jukka, Stenvall Jari. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19, 2002.

Pajula Jaakko. Muistikuvia ja näkökulmia YTHS:ään. Julkaisussa: Kukkonen Martti, Liljeblad Sami, toim. Läpivalaisusta läpikotaiseksi. Ylioppilaiden terveydenhuollon kuusi vuosikymmentä 1932–1992. Helsinki: YTHS, 1991: 56–59.

Paloheimo Heikki, Wiberg Matti. Poliitiikan perusteet. Helsinki: WSOY, 1997.

Palosuo Hannele, Sihto Marita, Lahelma Eero, Lammi-Taskula Johanna, Karvonen Sakari. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa. Helsinki: THL, Raportti 14, 2013.

Parhiala Kimmo, Hetemaa Tiina. Terveysasemien ulkoistukset Suomessa. Tilanne alkuvuonna 2017. Helsinki: THL, Tutkimuksesta tiiviisti 6, 2017. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-841-8>>. Viitattu 9.3.2019.

Paris Valérie, Devaux Marion, Wei Lihan. Health Systems Institutional Characteristics. A survey of 29 OECD countries. Paris: OECD, OECD Health Working Papers 50, 2010.

Parviainen Seija. Optimaalinen työnjako fiskaalisessa federalismissa. Helsinki: VATT, VATT-keskustelualoitteita 123, 1996.

Pehkonen Irmeli, Turunen Jarno, Juvonen-Posti Pirjo ym. Yhteistyöllä tulosta työkykyjohtamisessa. Moniaineisto- ja monimenetelmätutkimus. Helsinki: TTL, 2017.

Peiponen Arja. Palvelusetelin kysynnän kehittyminen vanhusten palveluasumisessa Helsingissä vuoteen 2020 mennessä. Helsinki: Helsingin kaupunki, Tutkimuksia 1, 2009.

Pekurinen Markku. Terveyspalveluiden menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Julkaisussa: Pekurinen Markku, Puska Pekka, toim. Terveyspalveluiden menojen hillintä. Rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4, 2007: 9–67.

Pekurinen Markku. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja niiden rahoitus. Julkaisussa: Seppälä Timo T, Pekurinen Markku, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Helsinki: THL, Raportti 22, 2014: 11–16.

Pekurinen Markku, Puska Pekka, toim. Terveyspalveluiden menojen hillintä. Rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4, 2007.

Pekurinen Markku, Junnila Maijaliisa, Idänpään-Heikkilä Ulla. Itä-Savon terveydenhuoltoalue. Selvitystyön loppuraportti. Helsinki: Stakes, Aiheita 8, 2003.

Perussuomalaiset. Suomalaisille sopivin. Perussuomalaisten eduskuntavaaliohjelma 2011. Helsinki: Perussuomalaiset, 2011.

Perussuomalaiset. Kunnat kuntoon! Perussuomalaisten kunnallisvaaliohjelma 2012. Helsinki: Perussuomalaiset, 2012.

Perussuomalaiset. Arjesta se alkaa. Perussuomalaisten kuntavaaliohjelma 2017. Helsinki: Perussuomalaiset, 2017.

PeVL 75/2014. Perustuslakivaliokunnan lausunto 75/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 324/2014.

Pikkujämsä Sirkku, Ylitalo-Katajisto Kirsti, Paasovaara Kirsi, Koski Keijo, Salo Sinikka. Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havaintoja Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 20, 2014.

Pirttilä Ilkka. Johdatusta yhteiskuntatieteiden metodologiaan. Helsinki: Gaudeamus, 1979.

PTK 66/2015 vp. Pääministeri Juha Sipilän ilmoitus eduskunnalle sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta ja itsehallintoalueiden muodostamisesta.

Puro Kari. Terveyspolitiikan perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 1976.

Puska Pekka, Tuomilehto Jaakko, Salonen Jukka T ym. Pohjois-Karjala-projekti. Pohjois-Karjalan läänissä vuosina 1972–1977 toteutetun yhteisötason sydän- ja verisuonitautien torjuntaohjelman kuvaus ja keskeiset tulokset. Helsinki: Lääkintöhallitus, Lääkintöhallituksen julkaisuja 49, 1983.

Puustinen Alisa, Niiranen Vuokko. Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaali- ja terveystaloudessa. SOTEPA – sosiaali- ja terveystalouden Paras-hankkeessa. Helsinki: Kuntaliitto, Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia 16, 2011. Saatavissa: <[http://shop.kuntaliitto.fi/product\\_details.php?p=2637](http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=2637)>. Viitattu 29.4.2019.

Pärnänen Anna. Organisaatioiden ikäpolitiikat. Strategiat, instituutiot ja moraali. Helsinki: Tilastokeskus, Tutkimuksia 255, 2011.

Rahastosta terveyttä jokaiselle? Sosiaalivakuutus 2010; 48 (2): 24–26.

Rajavaara Marketta. Työvoiman käytön kysymykset ja sosiaalipalvelujen asema terveydenhuollon rahoitusta käsitelleissä ehdotuksissa. Julkaisussa: Mikkola Hennamari, Blomgren Jenni, Hiilamo Heikki, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012: 176–189.

Rakitov Anatoli. Tieteellisen tiedon rakenne. Yleistajuinen johdatus tieteen logiikkaan, metodologiaan ja filosofiaan. Moskova: Edistys, 1978.

Rantala Jukka, Pentikäinen Teivo. Vakuutusoppi. Helsinki: Finanssi- ja vakuutus kustannus, 2009.

Raunio Kyösti. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki: Gaudeamus, 1999.



Reinhardt Uwe E. Economic relationships in health care. Julkaisussa: OECD Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency. Paris: OECD, 1990: 105–112.

Rice Thomas, Rosenau Pauline, Unruh Lynn Y, Barnes Andrew J, Saltman Richard B, van Ginneken Ewout. United States of America. Health system review. Health Systems in Transition 2013; 15 (3).

Rimpelä Matti. Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Julkaisussa: Rimpelä Matti, Ollila Eeva, toim. Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Helsinki: Stakes, Aiheita 8, 2004: 53–90.

Ringard Ånen, Sagan Anna, Saunes Ingrid Sperre, Lindahl Anne Karin. Norway: Health system review. Health Systems in Transition 2013; 15 (8).

Rinne Päivi. Matkalla muutokseen. Sosiaalialan projektitoiminnan perustelut, tavoitteet ja toimintatavat Sosiaaliturva-lehden kirjoituksissa 1990-luvulla. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 356, 2009.

RKP. Inhimillinen ja menestyksekkäs Suomi. Puolueohjelma. Helsinki: RKP, 2016.

Ronkainen Suvi, Pehkonen Leila, Lindblom-Ylänne Leila, Paavilainen Eila. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro, 2013.

Ruonavaara Hannu. Instituutiot ja rakenteet. Julkaisussa: Erola Jani, Räsänen Pekka, toim. Johdatus sosiologian perusteisiin. Helsinki: Gaudeamus, 2014: 28–43.

Ryynänen Olli-Pekka. Viime aikoina Suomeen esitettyjä rahoitusmalleja ja niiden arviointia. Esitelmä Suomen Terveydenhuollon Arvioinnin Seuran (STAS) seminaarissa ”Näkökulmia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittämiseen” 25.9.2009. Saatavissa: <[http://www.stas.fi/sem/sem8\\_ryynanen.pdf](http://www.stas.fi/sem/sem8_ryynanen.pdf)>. Viitattu 3.3.2019.

Ryynänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna, Kuusi Osmo. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Helsinki: Eduskunta, Eduskunnan kanslian julkaisu 8, 2004.

Räsänen Kimmo. Työterveyteen liittyvää lainsäädäntöä. Julkaisussa: Martimo Kari-Pekka, Antti-Poika Mari, Uitti Jukka, toim. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 2010: 47–55.

Saari Juho, toim. Instituutio ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2003a.

Saari Juho. Instituutioiden muotoilun politiikka. Esimerkkinä sosiaaliturvan uudistusehdotus. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Instituutio ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2003b: 141–161.

Saari Juho. Hyvinvointivaltio ja sosiaalipolitiikka. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. 3. painos. Helsinki: Gaudeamus, 2009: 13–64.

Saari Juho. Pienten askelten politiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Saari Juho, toim. Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Kela, 2011: 7–24.

Saari Juho. Hyvinvointivaltio markkinayhteiskunnassa. Yhteiskuntapolitiikka 82 (4); 2017: 479–485.

Saari Juho. Varauksellinen Suomi. Eurooppalaistuva sosiaalipolitiikka. Julkaisussa: Raunio Tapio, Saari Juho, toim. Reunalla vai ytimessä? Suomen EU-politiikan muutos ja jatkuvuus. Helsinki: Eurooppatiedotus, 2017: 95–123.

Saari Juho, Yeung Anne Birgitta. Altruismi ja oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Saari Juho, Yeung Anne Birgitta, toim. Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia numero 63, 2007: 115–135.

Saarinen Arttu. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystoimintaa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114, 2010a.

Saarinen Arttu. Terveystoiminta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007. Yhteiskuntapolitiikka 2010b; 75 (3): 241–251.

Saarinen Arttu. Kilpailu lääkepolitiikassa. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Saari Juho, toim. Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Kela, 2011: 128–143.

Saarinen Arttu. Eduskuntapuolueiden terveystoimintatavoitteet 2000-luvulla. Julkaisussa: Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri, Leppo Kimmo, toim. Terveystoiminnan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL, Teema 17, 2013a: 328–337.

Saarinen Arttu. Intressit ratkaisevat. Yksityisestä terveydenhuollosta käyty keskustelu Helsingin Sanomissa vuosina 2001–2011. Yhteiskuntapolitiikka 2013b: 78 (2); 207–216.

Saarinen Arttu, Salmenniemi Suvi, Keränen Harri. Hyvinvointivaltiota hyvinvoivaan valtioon. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessä diskurssissa. Yhteiskuntapolitiikka 2014; 79 (6): 605–618.

Salo Päivi. Terveydenhuollon rakenteet. Sote-alueet ja niiden vaikutus rahoituksen rakenteisiin. Julkaisussa: Gabrielsson Ulrica toim. Terveydenhuollon rahoitus. Helsinki: TUTKAS, Julkaisu 7, 2009. Saatavissa: <<https://docplayer.fi/967029-Terveidenhuollon-rahoitus.html>>. Viitattu 2.3.2019.

Saltman Richard B, Reihard Busse, Figueras Josep, toim. Social health insurance systems in Western Europe. Maidenhead: European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

Sandell Toni, toim. Kansainvälisen työjärjestön ILO:n yleissopimukset. 2. uudistettu painos. Helsinki: TM, Suomen ILO-neuvottelukunta, 2005.

Scott W Richard. Institution and organizations. Ideas and interests. 3rd edition. Los Angeles, CA: Sage, 2008.

Scott W Richard, Ruef Martin, Mendel Peter J, Caronna Carol A. Institutional change and healthcare organisations. From professional dominance to managed care. Chigago, IL: University of Chigago, 2000.

SDP. Me pidämme ääntä puolestasi. SDP:n tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011. Helsinki: SDP, 2007.

SDP. Tulevaisuusohjelma Varjosta valoon. Työn, hyvinvoinnin, sivistyksen ja puhtaan ympäristön Suomi. Helsinki: Suomen Sosialidemokraattinen Puolue, 2010.

SDP. Työn ja oikeudenmukaisuuden puolesta. SDP:n talouspoliittinen linjaus 2011–2015. Helsinki: SDP, 2011.

SDP. Reilumpi Suomi. Työ ja oikeudenmukaisuus. Kunnallisvaalit 2012. SDP:n tausta-aineisto. Helsinki: SDP, 2012.

SDP. SDP:n eduskuntavaaliohjelma 2015. Helsinki: SDP, 2015.

SDP. SDP:n strateginen hallitusohjelma. Helsinki: SDP, 2015.

SDP. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. SDP:n lähtökohdat parlamentaariseen valmisteluun. Helsinki: SDP, 2016.

SDP. Pidetään kaikki teemat mukana. SDP:n teemat kuntavaaleissa 2017. Helsinki: SDP, 2017.

Seilo Noora. Opiskeluterveydenhuollon selvitys. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 18, 2012.

Seppälä Timo T, Pekurinen Markku. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Helsinki: THL, Raportti 22, 2014.

Seppänen-Järvelä Riitta, Aalto Anna-Mari, Juvonen-Posti Pirjo, Laaksonen Maire, Tuusa Matti. Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139, 2015.

Seuri Markku. Työterveys 2.0. Järjestelmämme on muututtava. Jyväskylä: Docendo, 2013.

Sihto Marita. Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen. Käsitteitä ja kehityskulkuja. Julkaisussa: Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri, Leppo Kimmo, toim. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL, Teema 17, 2013: 14–38.

Simpura Jussi, Junnila Maija-Liisa. Hyvinvointitiedon muuttuvat rajat. Julkaisussa: Hänninen Sakari, Saikkonen Paula, toim. Hyvinvointivaltio jättää jälkensä. Helsinki: THL, Teema 27, 2017: 61–80.

Sinervo Lotta-Maria. Kunnan talouden tasapaino monitulkintaisena ilmiönä. Tampere: Tampere University Press, Acta electronica Universitatis Tamperensis 1090, 2011. Saatavissa: <<http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8490-2>>. Viitattu 24.3.2018.

Sinkkonen Sirkka, Taskinen Helena, Rissanen Sari. Sosiaali- ja terveystalouden integrointi ja johtaminen. Julkaisussa: Rissanen Sari, Lammintakanen Johanna, toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro, 2017: 105–128.

Sintonen Harri, Pekurinen Markku. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY, 2006.

Smith Peter C, Papanicolas Irene. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, Policy summary 4, 2012.

Sneck Timo. Hypoteeseista ja skenaarioista kohti yhteiskäyttäjien ennakoivia ohjantajajärjestelmiä. Ennakointityön toiminnallinen hyödyntäminen. Helsinki: VTT, 2002.

Soininvaara Osmo. Ministerikyyti. Helsinki: WSOY, 2002.

Soininvaara Osmo. Julkisen sektorin tuottavuus. Samalla rahalla enemmän. Helsinki: Tehokkaan tuotannon tutkimussäätiö, Julkaisusarja 1, 2009.

Sopimus vuoden 2017 työeläkeuudistuksesta. EK:n, SAK:n, STTK:n ja Akavan syyskuussa 2014 allekirjoittama neuvottelutulos. Helsinki: Akava, 2014. Saatavissa: <[https://www.akava.fi/files/13410/neuvottelutulos\\_vuoden\\_2017\\_tyolakeuudistukseksi.pdf](https://www.akava.fi/files/13410/neuvottelutulos_vuoden_2017_tyolakeuudistukseksi.pdf)>. Viitattu 5.4.2018.

Stenvall Jari, Virtanen Petri. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma, 2012.

Stiefel Matthew, Nolan Kevin. A guide to measuring the triple aim. Population health, experience of care, and per capita. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation series 27, 2012.

STM. Terveystalouden vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: STM, 1986.

STM. Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat. Työterveyshuollon neuvottelukunta. Helsinki: STM, 1989.

STM. Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uudistaminen. Helsinki: STM, Työryhmämuistioita 29, 1993a.

STM. Terveystalouden vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2, 1993b.

STM. Terveydenhuollon kehittämisprojektin selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2, 1998.

STM. Työterveyshuoltolainsäädännön uudistamista selvittäneen työryhmän muistio. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 28, 2001.

STM. Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämis ehdotukset. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmäselvityksiä 18, 2002a.

STM. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 6, 2002b.

STM. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 33, 2004a.

STM. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämislinjat. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2004b.

STM. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 24, 2007.

STM. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusrakenteet uusiksi. Ministeri Paula Risikon esitys ”Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelut – nykytila ja kehittäminen” Duodecim-lehden Terveysakatemiassa Tampereella. Helsinki: STM, Tiedote 31.8.2009a.

STM. Opiskeluterveydenhuollon kustannukset ja järjestämistapaehdotukset. Työryhmäraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 49, 2009b.

STM. Medicines Policy 2020. Towards efficient, safe, rational and cost-effective use of medicines. Helsinki: STM, Publications of Ministry Social Affairs and Health 10eng, 2011a.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011b.

STM. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 17, 2012a.

STM. Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 30, 2012b.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis lain valmistelutyöryhmän väliraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 15, 2013a.



STM. Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet. Helsinki: STM, 2018c. Saatavissa: <<http://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>>. Viitattu 11.3.2018.

STM. Sote-uudistuksen erillisjohtoryhmän kokous 20.8. Helsinki: STM, 20.8.2018d. Saatavissa: <[https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/sote-uudistuksen-erillisjohtoryhman-kokous-20-8-](https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-uudistuksen-erillisjohtoryhman-kokous-20-8-)>. Viitattu 15.3.2019.

STM. Sote-uudistuksen johtoryhmä keskusteli sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksesta. Helsinki: STM, Tiedote 31.10.2018e. Saatavissa: <[https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/sote-uudistuksen-johtoryhma-keskusteli-sosiaali-ja-terveydenhuollon-monikanavarahoituksesta](https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-uudistuksen-johtoryhma-keskusteli-sosiaali-ja-terveydenhuollon-monikanavarahoituksesta)>. Viitattu 15.3.2019.

STM. Opiskeluterveydenhuolto. Helsinki: STM, 2018f. Saatavissa: <<http://stm.fi/opiskeluterveydenhuolto>>. Viitattu 18.3.2018.

STM ja VM. Alustavat ehdotukset sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädännöksi. Tiivistelmät lakiluonnosten keskeisistä asioista 29.6.2016. Helsinki: STM ja VM, 2015.

STM ja VM. Monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen. Suunnitelma jatkovalmistelun pohjaksi. Helsinki: STM ja VM, Muistio 21.12.2016. Saatavissa: <<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3719803/07+Muistio+Monikanavarahoituksen+yksinkertaistaminen.pdf>>. Viitattu 17.3.2018.

STM ja VM. Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas – tehtyä työtä voidaan hyödyntää. Helsinki: STM ja VM, Tiedote 8.3.2019. Saatavissa: <[https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa)>. Viitattu 15.3.2019.

Suomen Lääkäriliitto. Terveystalvetujen rahoitus tienhaarassa. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, Julkaisu-sarja 1, 1999.

Suoniemi Ilpo, Tanninen Hannu, Tuomala Matti. Julkisen vallan tehtävät ja niiden oikea toteutustaso. Julkisten menojen tyypittelyä ja vaikutusten arviointia. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston kanslian raportti-sarja 9, 2011.

Syrjälä Leena, Ahonen Sirkka, Syrjäläinen Eija, Saari Seppo. Laadullisen tutkimuksen työpajoja. 1–2 painos. Helsinki: Kirjayhtymä, 1995.

Taloustneuvosto. Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Terveystalvetitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Helsinki: Taloustneuvosto, 1972.

Tanninen Hannu, Tuomala Matti. Nousu 1990-luvun alun lamasta. Taloustalvetitiikan menestystarina vai onnekas sattuma. Yhteiskuntapolitiikka 2013; 78 (5): 574–581.

Teperi Juha. Yhteenveto. Saavatko kaikki riittävät palvelut? Julkaisussa: Teperi Juha, Vuorenkoski Lauri, Manderbacka Kristiina, Ollila Eeva, Keskimäki Ilmo, toim. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 2006: 181–188.

Teperi Juha. Sosiaali- ja terveystalouden tasapainon lisääminen. Julkaisussa: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16, 2008: 118–124.

Teperi Juha, Keskimäki Ilmo. Terveystalouden kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Saari Juho, Yeung Anne Birgitta, toim. Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 63, 2007: 274–291.

Tervola Jussi, Maljanen Timo, Mikkola Henni. Mikä selittää yksityisen hammashoidon sairaanhoito-vakuutuskorvausten vaihtelua? Suomen Hammaslääkärilehti 2011; 18 (13): 32–37.

THL. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Helsinki: THL, 2010.

THL. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, Raportti 4, 2011.

THL. Terveystalouden menot ja rahoitus 2010. Helsinki: THL, Tilastoraportti 5, SVT Terveystalouden, 2012a.

THL. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen. Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Helsinki: THL, Raportti 21, 2012b.

THL. Terveystalouden menot ja rahoitus 2013. Helsinki: THL, Tilastoraportti 6, SVT Terveystalouden, 2015.

THL. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus 2014. Helsinki: THL, 2016a. Saatavissa: <<https://www.julkari.fi/handle/10024/130126>>. Viitattu 15.8.2017.

THL. Terveystalouden menot ja rahoitus 2014. Helsinki: THL, Tilastoraportti 13, SVT Terveystalouden, 2016b. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016062822157>>. Viitattu 15.8.2017.

THL. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen ennakkoarviointi. Helsinki: THL, Raportti 12, 2016c.

THL. Terveystalouden menot ja rahoitus 2015. Helsinki: THL, Tilastoraportti 26, SVT Terveystalouden, 2017. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706307598>>. Viitattu 16.8.2017.

THL. Terveystalouden menot ja rahoitus 2016. Helsinki: THL, Tilastoraportti 20, SVT Terveystalouden, 2018a. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018070326792>>. Viitattu 9.10.2018.



THL. Tietopohja ja arviointi. Helsinki: THL, 2018b. Saatavissa: <<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi>>. Viitattu 14.9.2018.

THL. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: THL, 2019 (tulossa).

Thomson Sarah, Mossialos Elias. Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. London: London School of Economics and Political Science, 2009.

Thomson Sarah, Foubister Tom, Figueras Josep, Kutzin Joseph, Permanand Govin, Bryndova Lucie. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, Policy summary 1, 2009.

Thomson Sarah, Foubister Thomas, Mossialos Elias. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series 17, 2009.

Tiessalo Raine. Euroopan parhaat reseptit. 14 testattua rakenneuudistusta. Helsinki: EVA, EVA Raportti, 2014.

Tilastokeskus. Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2009. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2010. Saatavissa: <<http://www.stat.fi/til/ktt/2014/index.html>>. Viitattu 3.12.2012.

Tilastokeskus. Aluetilinpito. Tuotanto ja työllisyys maakunnittain 2000–2015. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2012a. Saatavissa: <[http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_\\_kan\\_\\_altp/](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__kan__altp/)>. Viitattu 14.3.2018.

Tilastokeskus. Työssäkäynti. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2012b. Saatavissa: <[www.stat.fi/til/tyokay/index.html](http://www.stat.fi/til/tyokay/index.html)>. Viitattu 10.6.2014.

Tilastokeskus. Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2013. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2014. Saatavissa: <<http://www.stat.fi/til/ktt/2014/index.html>>. Viitattu 14.3.2018.

Tilastokeskus. Aluetilinpito. Laatuseloste. Helsinki: Tilastokeskus, 2016. Saatavissa: <[http://www.stat.fi/til/altp/2016/altp\\_2016\\_2017-12-08\\_laa\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/altp/2016/altp_2016_2017-12-08_laa_001_fi.html)>. Viitattu 14.3.2018.

Tillman Päivi, Miettinen Jani. Kelan matkakorvausten kohdentuminen vammaispalvelulain ja sosiaalihuoltolain mukaisiin kuljetuksiin oikeutetuille. Rekisteritutkimus Oulusta vuodelta 2013. Helsinki: Kela, Työpapereita 102, 2016.

Timonen Pekka. Taloustieteen ja sen tulosten käyttö oikeustutkimuksessa. Julkaisussa: Kanninen Vesa, Määttä Kalle, toim. Näkökulmia oikeustaloustieteeseen. Helsinki: Gaudeamus, 1996: 129–154.

Tirronen Jarkko. Poliittikkaprosessin sisällä. Polkuriippuvuus, agendan asettaminen ja innovaatioiden leviäminen. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Saari Juho, toim. Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Kela, 2011: 26–45.

Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika ym. Ehdotus sosiaali- ja terveystalouden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36, 2017.

Tukia Helena, Wilskman Kaarina, toim. Informaatio-ohjaus kuntien tukena. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Helsinki: THL, Raportti 57, 2011.

Tuohy Carolyn Huges, Glied Sherry. The political economy of health care. Julkaisussa: Glied Sherry, Smith Peter C, toim. The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press, 2011: 58–77.

Tuomala Matti. Markkinat ja hyvinvointivaltio. Julkaisussa: Saari Juho, Yeung Anne Birgitta, toim. Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2007: 181–197.

Tuomala Matti. Julkistalous. Helsinki: Gaudeamus, 2009.

Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2009.

Tuomola Seppo, Idänpää-Heikkilä Ulla, Lehtonen Olli-Pekka, Puro Markku. Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 22, 2008.

Tuori Kaarlo, Kotkas Toomas. Sosiaalioikeus. Helsinki: Talentum Pro, 2016.

Tuovinen Anna-Kaisa. Euroopan Unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122, 2012.

Tynkkynen Liina-Kaisa, Saloranta Anna, Keskimäki Ilmo. Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Julkaisussa: Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa, Vehko Tuulikki, toim. Mitä kuuluu, perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: THL, Raportti 16, 2016: 33–44.

Työterveyshuolto sote-uudistuksessa. Työmarkkinajärjestöjen kannanotto 1.5.2017. Helsinki: EK, SAK, Akava ja STTK, 2017. Saatavissa: <[https://www.sttk.fi/wp-content/uploads/2017/05/TTH\\_JA\\_SOTE\\_Ty%C3%B6markkinaj%C3%A4rjest%C3%B6jen-kannanotto\\_20170428.pdf](https://www.sttk.fi/wp-content/uploads/2017/05/TTH_JA_SOTE_Ty%C3%B6markkinaj%C3%A4rjest%C3%B6jen-kannanotto_20170428.pdf)>. Viitattu 15.11.2018.

UaVM 9/1994. Ulkoasianvaliokunnan mietintö n:o 9 hallituksen esityksestä Suomen liittymisestä Euroopan Unioniin tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä.

UM. Laajeneva OECD - ratkaisuja kansallisiin ja kansainvälisiin ongelmiin. Helsinki: UM, Ulkoasianministeriön julkaisuja 9, 2009.

UM. Suomen hallituksen toimet EU-tuomioistuinasioissa ja EU-rikkomusasioissa. Oikeuspalvelu. EU-tuomioistuinasiat 1.1.–30.6.2016. Helsinki: UM, 2016. Saatavissa: <[https://um.fi/documents/35732/48132/suomen\\_hallituksen\\_toimet\\_eu\\_tuomioistuinasioissa\\_ja\\_eu\\_rikkomusasioissa\\_1\\_1\\_\\_30\\_6\\_2016](https://um.fi/documents/35732/48132/suomen_hallituksen_toimet_eu_tuomioistuinasioissa_ja_eu_rikkomusasioissa_1_1__30_6_2016)>. Viitattu 27.11.2018.

Vaalavuo Maria, Häkkinen Unto, Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Helsinki: THL, Raportti 24, 2013.

Valkama Pekka. Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalvelujen näennäismarkkinoilla. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 1039, 2004.

Valtiontilintarkastajain kertomus 2000. Julkaisussa: Vuoden 2001 valtiopäivät. Asiakirjat B2. Kertomukset 13–15/2001 vp. Helsinki: Eduskunta, 2002.

Valtonen Hannu. Rationaalisen kuluttajan käsite ja kustannus–hyöty-ajattelu taloustieteessä. Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteet, Alkuperäistutkimukset 2, 1987.

Valtonen Hannu, Kempers Jari, Karttunen Anna. Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. Helsinki: Kela, Working papers 65, 2014.

van Doorslaer Eddy, Masseria Cristina, the OECD Health Equity Research Group Members. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD, OECD Health Working Papers 14, 2004.

Vasemmistoliitto. Eduskuntavaaliohjelma 2007. Helsinki: Vasemmistoliitto, 2006.

Vasemmistoliitto. Vasemmistoliiton eduskuntavaalien 2011 vaaliohjelma. Helsinki: Vasemmistoliitto, 2010.

Vasemmistoliitto. Jälleenrakennetaan hyvinvointivaltio. Vasemmiston eduskuntavaaliohjelma 2015. Helsinki: Vasemmistoliitto, 2015.

Vasemmistoliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Vasemmistoliiton linjauksia 18.5.2016. Helsinki: Vasemmistoliitto, 2016a.

Vasemmistoliitto. Vasemmiston tavoitteet 2016–2019. Helsinki: Vasemmistoliitto, 2016b.

Vasemmistoliitto. Vasemmiston tavoitteet kuntavaaleissa. Helsinki: Vasemmistoliitto, 2016c.

Vesivalo Arto, Widström Eeva, Mikkola Hennamari, Tampsi-Jarvala Tiina. Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006; 43: 146–156.

Vihreät. Vihreän Liiton periaateohjelma. Tehtävänä reilu muutos. Helsinki: Vihreät, 2006.

Vihreät. Vihreiden eduskuntavaaliohjelma 2007. Helsinki: Vihreät, 2006.

Vihreät. Tasa-arvoiset ja vaikuttavat hyvinvointipalvelut. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen vihreät linjaukset. Sosiaali- ja terveystieteellinen ohjelma. Helsinki: Vihreät, 2010a.

Vihreät. Vihreä tehtävä 2010–2014. Poliittinen ohjelma. Helsinki: Vihreät, 2010b.

Vihreät. Avoimempi kunta. Millainen on vihreä kunta? Kunnallisvaaliohjelma 2012. Helsinki: Vihreät, 2012.

Vihreät. Kohti kestävästä yhteiskuntaa. Vihreiden poliittinen tavoiteohjelma 2015–2019. Helsinki: Vihreät, 2014.

Vihreät. Vihreitä linjoja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen ja valinnanvapauteen. Helsinki: Vihreät, 2016.

Viljamaa Mervi, Uitti Jukka, Kurppa Kari, Juvonen-Posti Pirjo. Työterveystoiminnan seurannan indikaattorit-työkyvyn seurannan, hallinnan ja varhaiset tuen seurannan indikaattorit. Väliraportti. Helsinki: TTL, 2012.

VM. Julkisen talouden valinnat 2010-luvulle. Helsinki: VM, Valtiovarainministeriön julkaisuja 49, 2010.

VM. Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2015–2018. Helsinki: VM, 2014. Saatavissa: <<https://vm.fi/documents/10623/307577/Julkisen+talouden+suunnitelma+vuosille+2015-2018/19ebcaff-437f-4799-a7cb-9ac3c2b76541/Julkisen+talouden+suunnitelma+vuosille+2015-2018.pdf>>. Viitattu 29.4.2019.

VM. Budjettikatsaus 2017. Helsinki: VM, Valtiovarainministeriön julkaisu 34a, 2016a.

VM. Taloudellinen katsaus. Syksy 2016. Helsinki: VM, Valtiovarainministeriön julkaisu 31a, 2016b.

VM. Valtiovarainministeriön kestävyyslaskelmien menetelmäkuvaus. Helsinki: VM, 2017a.

VM. Valtioneuvoston kehittämistyöryhmän selvitys. Yhtenäinen valtioneuvosto syntyy yhteistyöllä ja yhtenäisillä toimintatavoilla. Helsinki: VM, Valtiovarainministeriön julkaisuja 15, 2017b.

*Valtioneuvoston asetukset*

VNa 225/1977. Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi.

VNa 744/1990. Asetus yksityisestä terveydenhuollosta.

VNa 912/1992. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

VNa 1484/2001. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammatti-henkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta.

VNa 1019/2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.

VNa 1338/2004. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslaissa tarkoitettujen työterveyshuollon korvausten laskennallisten enimmäismäärien määrittelemisestä.

VNa 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

VNa 1552/2016. Valtioneuvoston asetus valtionavustuksista yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen.

VNK. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Helsinki: VNK, 2011a.

VNK. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 2011b.

VNK. Rakennepoliittinen ohjelma talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi. Helsinki: VNK, 2013a.

VNK. Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta. Helsinki: VNK, 2013b.

VNK. Arvio rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta ja esitykset toimien vahvistamiseksi. Helsinki: VNK, 2014a. Saatavissa: <<https://docplayer.fi/3814633-Arvio-rakennepoliittisen-ohjelman-toimeenpanosta-ja-esitykset-toimien-vahvistamiseksi.html>>. Viitattu 17.3.2014.

VNK. Sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. Helsinki: VNK, Tiedote 114, 2014b. Saatavissa: <<http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=411768>>. Viitattu 17.4.2014.

VNK. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Helsinki: VNK, Hallituksen julkaisusarja 10, 2015a.

VNK. Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit. Hallituksen linjaus 7.11.2015. Helsinki: VNK, 2015b. Saatavissa: <<https://vnk.fi/documents/10616/1865308/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet,+sote-uudistuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf/0e5e4239-01b0-401b-b683-f82a9cb4ddb7/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet,+sote-uudistuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf>>. Viitattu 3.3.2019.

VNK. Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Helsinki: VNK, Tiedote 591, 2015c.

VNp 950/1994. Valtioneuvoston päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetystä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta.

VNS 9/2009 vp. Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta.

Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku. Terveysturvan uudistukset. Katsaus markkinoiden soveltuvuudesta. Julkaisussa: Pekurinen Markku, Vohlonen Ilkka, toim. Terveysturvan uudistukset. Miksi, mitä ja mihin 1990-luvulla? Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteet, 1991a: 137–148.

Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku. Terveysturvan uudistukset. Onko liike tärkeämpi kuin päämäärä? Suomen Lääkärilehti 1991b; 46 (4): 272–275.

Vohlonen Ilkka, Vehviläinen Arto, Kinnunen Juha, toim. Terveysturva ja sen rahoitus. Tuloksia tutkimus- ja kehittämishankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston selvityksiä E Yhteiskuntatieteet 34, 2003.

VTV. Työterveyshuollon järjestäminen ja päällekkäisyys julkisen terveydenhuollon kanssa. Helsinki: VTV, Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 308/54/95, 1995.

VTV. Sairaanhoidotakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Helsinki: VTV, Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6, Tuloksellisuustarkastuskertomus 228, 2011.

VTV. Julkisen talouden riskit. Kansainväliset suositukset. Helsinki: VTV, Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 2, 2017a.

VTV. Paljon palveluita tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Helsinki: VTV, Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11, 2017b.

VTV. Sosiaalimenojen kehitysarviot. Helsinki: VTV, Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 1, 2017c.

Vuorenkoski Lauri. Finland. Health system review. Health Systems in Transition 2008; 10 (4).

Väisänen Antti, Hujanen Timo. Sosiaalihuollon yksikkökustannukset 2007. Helsinki: THL, Avauksia 1, 2010.

Välimäki Kari. Kakkua jaettavaksi. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö, Polemia-sarja 89, 2013.

Wagstaff Adam. Social health insurance vs. tax-financed health systems. Evidence from the OECD. Washington, DC: World Bank Group, Policy Research Working Papers, 2009.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy. Equity in the finance of health care. Some international comparisons. Journal of Health Economics 1992; 11: 361–387.

WHO. The world health report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

WHO. Approaching health financing policy in the WHO European Region. Regional Committee for Europe. Fifty-sixth session. Copenhagen, 11–14 September 2006. Copenhagen: WHO, 2006.

Willberg Mirja, Valtonen Hannu. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. 2007: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 36, 2007.

YK. Historiaa ja toiminnan taustoja. New York, NY: YK, 2016. Saatavissa: <<https://www.yk.fi/node/249>>. Viitattu 5.7.2017.

Yle. Sipilän hallitus lähellä hajoamista. Uutiset 5.11.2015. Saatavissa: <<https://yle.fi/uutiset/3-8433799>>. Viitattu 29.4.2019.

Yleissopimus nro 161. Työterveyshuolto (1985). Julkaisussa: Sandell Toni, toim. Kansainvälisen työjärjestön ILO:n yleissopimukset. Helsinki: TM, Suomen ILO-neuvottelukunta 2, 2005: 461–463.

YTHS. YTHS täyttää tänään 60 vuotta. Helsinki: YTHS, Tiedote 13.2.2014. Saatavissa: <<http://www.yths.fi/haku?search=tiedotteet>>. Viitattu 12.3.2018.

YTHS. Terveyden edistämisen periaatteet ja toimintatavat. Helsinki: YTHS, 2016. Saatavissa: <[http://www.yths.fi/filebank/4205-2016\\_TE\\_PERIAATTEET\\_ja\\_TOIMINTATAVAT.pdf](http://www.yths.fi/filebank/4205-2016_TE_PERIAATTEET_ja_TOIMINTATAVAT.pdf)>. Viitattu 12.3.2018.

## Liite 1. Puolueiden asiakirjat

### Kansallinen Kokoomus

1. Kansallisen Kokoomuksen periaateohjelma. Hyväksytty puoluekokouksessa 9.–11.2006.
2. Vastuullinen markkinatalous ja sen vaikutukset Suomen tulevaisuuteen. Kokoomuksen eduskuntavaaliohjelma 2007, 2007.
3. Kaikkien kuntien tekevät ihmiset liittykää yhteen. Kansallisen kokoomuksen kunnallisvaaliohjelma 2008, 2008.
4. Sujuvat palvelut, vahvat peruskunnat. Kokoomuksen tiekartta tulevaisuuden kuntakenttään. Kuntakannanotto, 2011. Hyväksytty puoluehallituksessa 12.3.2011.
5. Työtä, yrittämistä ja välittämistä – Kokoomukset keinot hyvinvointiyhteiskunnan turvaamiseksi. Kokoomuksen puheenjohtajan, valtionvarainministeri Jyrki Kataisen työryhmä. hyvinvointiyhteiskunnan pelastamiseksi. Loppuraportti 29.1.2011. Ministerityöryhmien raportit.
6. Vaaliohjelma Matkaopas hyvinvointivaltiota paremminvointivaltioon. Kokoomuksen eduskuntavaaliohjelma 2011, 2011.
7. Suomi-uudistus – Kokoomus. Kansallisen kokoomuksen vaaliohjelma 2012, 2012.
8. Strateginen hallitusohjelma 2015. Jos vanha tapa ei toimi, tarvitaan korjausliike. Eduskuntavaaliohjelma.
9. Rakennepaketti 2.0. Eduskuntaryhmän raportti 2015.
10. Maailman paras työelämä. Kokoomuksen eduskuntaryhmän raportit 2015.
11. Millainen on hyvä kunta? Kuntavaaliohjelma, 2017.

### Suomen Keskusta

1. Keskustan periaateohjelma: Kohti tasa-arvoista, luonnonmukaista sivistisyhteiskuntaa. Hyväksytty Oulun puoluekokouksessa 10.6.2006.
2. Vähän kuin itseäsi äänestäisit. Keskustan tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011, 2006.
3. Äänestä kotiasi. Keskustan kunta- ja maakuntaohjelma 2008, 2008.
4. Tämä maa rakennetaan yhdessä. Suomen Keskustan tavoiteohjelma 2010-luvulle. Hyväksytty Keskusten puoluekokouksessa Lahdessa 13.6.2010.
5. Koko Suomi, kaikki suomalaiset. Keskustan vaaliohjelma vuoden 2011 eduskuntavaaleihin, 2011.
6. Keskustan talous-, työllisyys ja vero-ohjelma 17.2.2011. Yhteiskuntasopimuksella kohti kasvua, eheyttä ja vakautta.
7. Peruspalvelut läheltä kaikille, Keskustan linjaukset sosiaali- ja terveystaloudesta vuosille 2011–2015, 2011.
8. Kuntien hyvinvointipalvelut voidaan turvata. Keskustan politiikkalinjaukset 2011–2015.
9. On kotiin tulon aika. Keskustan kuntavaaliohjelma 2012. Hyväksytty puoluekokouksessa Rovaniemellä 10.6.2012.



10. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta. Keskustan puoluehallitus 26.9.2013.
11. Keskustan linjaus kuntapalveluiden turvaamiseksi. Juha Sipilä 10.12.2013.
12. Kohti 2020-lukua. Keskustan aatteellispoliittinen uudistusohjelma Suomen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Hyväksytty Turun puoluekokouksessa 15.6.2014
13. Suomi kuntoon! Keskustan vaaliohjelma vuoden 2015 eduskuntavaaleihin.
14. Huolenpitoa huomennakin – Keskustan vaihtoehto kuntavaaleissa 2017, 2017.

#### Suomen Sosialidemokraattinen Puolue

1. Reilu-Suomi – työtä ja välittämistä. SDP:n puoluevaltuusto 10.-11.11.2006, Oulu. SDP:n eduskuntavaaliohjelma 2007.
2. Me pidämme ääntä puolestasi: SDP:n tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011, 2007.
3. Toimiva kunta – hyvinvoiva kuntalainen –ohjelma. SDP:n puoluekokous, Hämeenlinna 5.-7.6.2008.
4. Unelmista todeksi – sanoista teoiksi. Sosiaalidemokraattinen kuntavaaliohjelma 2008.
5. Tulevaisuusohjelma Varjosta valoon – Työn, hyvinvoinnin, sivistyksen ja puhtaan ympäristön Suomi, 2010.
6. Työn ja oikeudenmukaisuuden puolesta. SDP:n talouspoliittinen linjaus 2011–2015, 2011.
7. Sisäpoliittinen julkilausuma. Hyväksytty SDP:n 43. puoluekokouksessa 26.5.2012 Helsingissä.
8. Reilumpi Suomi – Työ ja oikeudenmukaisuus Kunnallisvaalit 2012. SDP:n tausta-aineisto.
9. Sisäpoliittinen julkilausuma. Hyväksytty SDP:n 44. puoluekokouksessa 10.5.2014 Seinäjoella.
10. SDP:n eduskuntavaaliohjelma 2015.
11. Kuuden kohdan talouslinja, SDP, 19.3.2015.
12. SDP:n strateginen hallitusohjelma, 2015.
13. Periaatekeskusteluaineisto SDP, 2016.
14. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. SDP:n lähtökohdat parlamentaariseen valmisteluun 08 2016, 2016.
15. Pidetään kaikki teemat mukana. SDP:n teemat kuntavaaleissa 2017, 2017.

#### Perussuomalaiset

1. Eduskuntavaaliohjelma 2007: Oikeudenmukaisuuden, hyvinvoinnin ja kansanvallan puolesta! Puolueneuvosto, Ikaalinen, 13.8. 2006.
2. Perussuomalaisten kunnallisvaaliohjelma 2008 – äänestäjän asialla. Hyväksytty Perussuomalaisten puolueneuvostossa Järvenpäässä 8.6.2008.
3. Suomalaisille sopivin. Perussuomalaiset rp:n eduskuntavaaliohjelma 2011. 25.2.2011.

4. Perussuomalaiset rp. kunnallisvaaliohjelma 2012 – Kunnat kuntoon!
5. Perussuomalaisten varjobudjetti 2013.
6. Perussuomalaisten varjobudjetti 2014.
7. Perussuomalaisten varjobudjetti 2015.
8. Perussuomalaisten sosiaalipoliittinen ohjelma 2015.
9. Perussuomalaisten talouspoliittinen ohjelma 2015.
10. Eduskuntavaalien pääteemat 2015.
11. Arjesta se alkaa – Perussuomalaisten kuntavaaliohjelma 2017, 2017.

#### Suomen Kristillisdemokraatit

1. Kristillisdemokratia – vastuuta ja välittämistä. Kristillisdemokraattien periaateohjelma ja yleisohjelma, 2005. KD:n puoluekokouksen hyväksymä.
2. Tiukkapipoisesti oikeudenmukaisemman politiikan puolesta! Kristillisdemokraattien tärkeimmät tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011, 2006.
3. Kristillisdemokraattien tavoiteohjelma vaalikaudelle 2007–2011, 2006.
4. Kotikunta kuuluu kaikille. Kristillisdemokraattien kuntavaaliohjelma 2008, 2008.
5. On sairasta säästää terveydestä. Hyvinvointiohjelma, 2010.
6. Perheen parhaaksi! Kristillisdemokraattien perhepoliittinen ohjelma, 2010.
7. Koti, uskonto, isänmaa. Tästä on kyse. Kristillisdemokraattien vaaliohjelma 2011–2015, 2011.
8. Vanhuksilla ei ole aikaa odottaa. Kristillisdemokraattien senioriohjelma 2011, 2011.
9. Hyvinvointi tehdään lähellä. Kristillisdemokraattien kuntaohjelma 2012–2016, 2012.
10. Kristillisdemokraatit, Kuntavaaliohjelma 2017, 2016.

#### Suomen Ruotsalainen Kansanpuolue

1. Askeleen edellä. Ruotsalaisen kansanpuolueen puolueohjelma, 2006.
2. Rkp Eduskuntavaaliohjelma 2007. 100+3, 2007.
3. Svenska folkpartiet Rättvist Kunnallisvaalit 26.10.2008, 2008.
4. Kunnallisvaaliohjelma 2008.
5. Rikkaamman Suomen puolesta RKP. Vaaliohjelma eduskuntavaalit 2011, 2011.
6. Valteser kommunalval 2012. Rösta för respekt, 2012.
7. Anna arvo äänellesi, 2012.
8. Inhimillinen ja menestyksekkäs Suomi - Puolueohjelma. Ruotsalainen kansanpuolue, 2016.
9. Lähellä sinua – RKP:n kunnallisvaaliohjelma, 2017

## Vasemmistoliitto

1. Eduskuntavaaliohjelma 2007, 2006.
2. Periaateohjelma 2007. Vasemmiston tie oikeudenmukaiseen maailmaan, 2007.
3. Muutos tehdään kunnissa 2008–2012. Tavoitteena hyvä arki ja mielekäs elämä.
4. Vasemmistoliiton eduskuntavaalien 2011 vaaliohjelma, 2010.
5. Rikkaus lisääntyy jakamalla. Tavoitteet vuosille 2011–2015, 2010.
6. Jälleenrakennetaan hyvinvointivaltio – Vasemmiston eduskuntavaaliohjelma 2015.
7. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus – Vasemmistoliiton linjauksia 18.5.2016.
8. Vasemmiston tavoitteet 2016-2019, Oulun puoluekokouksen hyväksymät 12.6.2016.
9. Vasemmiston tavoitteet kuntavaaleissa. Vasemmistoliitto, 2016.

## Vihreä Liitto

1. Vihreän Liiton periaateohjelma. Tehtävänä reilu muutos, 2006.
2. Vihreiden eduskuntavaaliohjelma 2007. Hyväksytty valtuuskunnan kokouksessa 17.9.2006.
3. Tavoitteena turvalliset, laadukkaat ja riittävät peruspalvelut. Kymmenen teesiä palveluiden tuottamisen tavoista, 2007.
4. Oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, ilmastovastuu. Vihreän liiton kunnallisvaaliohjelma, 2008. Hyväksytty valtuuskunnan kokouksessa 24.2.2008.
5. Tasa-arvoiset ja vaikuttavat hyvinvointipalvelut. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen vihreät linjaukset. Sosiaali- ja terveyspoliittinen ohjelma. Hyväksytty puoluevaltuuskunnan kokouksessa 9.5.2010
6. Vihreiden eduskuntavaaliohjelma 2011.
7. Vihreiden periaateohjelma – Vastuu, vapaus ja välittäminen. Hyväksytty puoluekokouksessa Lappeenrannassa 20.5.2012.
8. Avoimempi kunta. Millainen on vihreä kunta? Vihreät, Kunnallisvaaliohjelma 2012.
9. Kohti kestäväää yhteiskuntaa – Vihreiden poliittinen tavoiteohjelma 2015–2019. Hyväksytty puoluekokouksessa 8.6.2014.
10. Kestäväää, reilua ja yhteistä hyvinvointia, Vihreät linjat hyvinvointivaltion perustasta 2000-luvulla. Hyväksytty valtuuskunnassa 28.3.2015.
11. Vihreitä linjoja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen ja valinnanvapauteen. Hyväksytty Vihreiden puoluevaltuuskunnan kokouksessa 14.2.2016
12. Vihreä strategia. Hyväksytty puoluekokouksessa 22.5.2016.
13. Yhdessä rakennamme paremman huomisen. Vihreiden kuntavaaliohjelma 2017. Hyväksytty puoluevaltuuskunnan kokouksessa 4.12.2016.

## Liite 2. Tutkimusta varten tuotettujen tilastoaineistojen lähteet ja rajaukset

### 1) Työterveyshuollon alueellinen kustannusaineisto (ks. myös Hujanen ja Mikkola 2013)

Työterveyshuollon alueellinen kustannusaineisto on rakennettu yhdistämällä työnantajien Kelalle lähettämät työterveyshuollon järjestämisen kustannusten korvaushakemukset (N = 43 264) työterveyshuollon korvausrekisteristä ja Tilastokeskuksen työntekijöiden kotikuntatiedot vuonna 2009. Työterveyshuollon korvaushakemusten piirissa oli 1,84 miljoonaa henkilöä työterveyshuollon ennalta ehkäisevässä toiminnassa (Kela, korvausluokka I) ja sairaanhoidossa 1,71 miljoonaa henkilöä (Kela, korvausluokka II). Yhdistetyssä aineistossa oli 1,78 miljoonaa työntekijää. Aineistossa oli mukana 15 500 yrittäjää, koska työnantajat saivat järjestää työterveyshuoltonsa joko työnantajien tai yrittäjien työterveyshuoltona. Koska tilastolain (L 280/2004) 13 §:n mukaan työntekijöiden kotikuntatiedot eivät olleet julkisia, henkilöiden palveluiden käyttö- ja kustannustietoja oli ryhmiteltävä kunnittain, toimialoittain, työnantajien koon ja palveluntuottajan mukaan. Virallisissa tilastoissa työnantajia palveluiden järjestäjinä ja rahoittajina sekä työntekijöitä käyttäjinä ei ryhmitellä alueellisesti kunnittain tai muun aluejaon mukaan. Aineiston alueelliset tiedot työntekijöistä, palveluiden käytöstä ja kustannuksista olivat laskennallisia. (Ks. Hujanen ja Mikkola 2013.)

Erityisesti monikanavarahoituksen arviointia varten yhdistin aineistoon kunnallisen perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksia (Tilastokeskus 2010). Tutkin työterveyshuollon osuutta kustannuksina avoterveydenhuollossa, jonka muodostivat kunnallisesti järjestetyn perusterveydenhuollon avohoidon, pl. suun terveydenhoidon, ja työterveyshuollon kustannukset yhteensä. (Hujanen ja Mikkola 2013, 12–14) Yhdistin aineistoon lisäksi Tilastokeskuksen kansantalouden aluetilinpidon<sup>1</sup> palkkasummatietoja (ts. palkansaaajakorvauksia seutukunnittain) (Tilastokeskus 2012a), joiden avulla tutkin alueellisesti palveluiden kustannustasoa verrattuna alueilla ker-tyneisiin palkkasummiin.

### 2) Perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon neljän palvelukanavan ikäryhmittäinen kustannusaineisto Oulussa

Tutkin Oulussa ensin perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon neljän rinnakkaisen palvelukanavan käyttöön liittyviä kustannuksia ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Aluksi tarkoitus oli tutkia palveluiden käyttöä henkilötasolla, jolloin olisi ollut mahdollista arvioida sitä, ovatko palvelut toisiaan korvaavia ja täydentäviä tai kuinka paljon niissä on mahdollisesti päällekkäisyyttä. Aineiston alustavassa keruuvaiheessa havaitsin useita ongelmia liittyen eri palveluntuottajien käyttö- ja kustannustietoihin. Eri organisaatioilla ei ollut yhtenäisiä sairauksien ja hoitojen luokitteluja. Työterveyshuollon palveluntuottajat käyttivät sairaanhoidon potilaiden käyntien ja diagnoosien luokittelussa ICD-10-luokittelua, kun Oulun kaupungin järjestämissä

<sup>1</sup> Aluetalouksien rakenteita ja kehitystä kuvaava tarkennus kansantalouden tilinpidosta, joka perustuu eurooppalaiseen EKT2010-järjestelmään ja maailmanlaajuiseen suositukseen (System of National Accounts, SNA2008) (Tilastokeskus 2016) [www.stat.fi/](http://www.stat.fi/) [22.2.2017].

palveluissa käytettiin ICPC-2-luokitteluja. Työterveyshuollon neljä palveluntuottajaa käyttivät kolmea erilaista potilaiden suoritteiden tuotteistusta tai luokittelua, jotka kaikki poikkesivat kunnallisesti järjestettyjen ja rahoitettujen käyntien luokitteluista.

Aineiston tuottamisessa kiinnitettiin huomiota siihen, että eri palvelukanavien kustannukset sisälsivät kaikki kustannuserät mukaan lukien hallinnolliset vyörytykset ja ostot, asiakasmaksut, omavastuuosuudet sekä yleis- ja toimistomaksut. Vuonna 2013 Oulun kaupungin omissa palveluissa oli käytössä tilaaja-tuottajamalli, jolloin omien terveysasemien eri käyntityyppien kustannuksissa ei ollut mukana tilaajan hallinnollisia kustannuksia kuten tilavuokria, ostopalveluita ja tietotekniikkaa. Kunnallisesti järjestettyihin palveluihin kuuluivat yksityiseltä Sepän terveysasemalta ostetut palvelut, joita kaupunki rahoitti kapitaatiomallin mukaisesti. Sepän palvelut sisälsivät hallinnolliset kustannukset. Työterveyshuollon yksityisten palveluntuottajien kustannukset perustuivat työnantajille lähetettyihin suoritelaskutustietoihin, joissa ei ollut mukana niiden työnantajilta perimiä yleiskustannuksia. Tämä tuli esille verrattaessa työnantajien suoritelaskutusaineistoja työterveyshuollon alueellisiin kustannuksiin (Hujanen ja Mikkola 2013) ja työterveyshuoltotilastoihin (Kela 2011 ja 2015). Neljältä suurimmalta palveluntuottajalta oli saatavissa aineistoa eri luokitteluilla, mutta erilaisten tuotteistusten takia päädyin tutkimaan työterveyshuoltoa ammattihenkilöihin kohdistuvina suoritteina ja kustannuksina. Työterveyshuollon kolmelta pienimmältä palveluntuottajalta tietoja oli arvioitavissa summatietoina ja keskimääräisinä henkilöä kohti.

Lisähaasteena olivat laboratorio- ja radiologiatutkimukset, jotka joko sisältyivät palvelukanavan kustannuksiin tai eivät. Kunnallisessa avoterveydenhuollossa ja YTHS:n palveluissa tutkimukset sisältyivät lääkärikäynnin yksikkökustannukseen, kun taas työterveyshuollossa ja yksityisissä lääkäripalveluissa ne olivat erillisinä omina kustannusryhminään. Kunnallisissa palveluissa ja YTHS:llä yksikkökustannukset olivat laskennallisia keskimääräisiä ja kaikille samoja, kun muilla tiedot perustuivat laskutukseen vaihdellen asiakaskohtaisesti. Laboratorio- ja radiologiatutkimusten kustannukset kohdistin sairausvakuutuksen osin korvaamissa palveluissa, ja työterveyshuollossa kohdistin lääkärikäyntien tai -kontaktien kustannuksiin.

Oulun kunnallisten palveluiden tiedot perustuivat sen tilastointijärjestelmän OukaDW-aineistoon, jossa ei ollut kokonaisrahoituksen arvioimiseksi rahoitusta asiakasmaksuina, jotka olivat käyntityypeittäin summatasoisina tuloina tilinpäätöstiedoissa. Kohdistin kunnalliset asiakasmaksut 18 vuotta täyttäneille. Työterveyshuollon palveluntuottajien henkilöihin perustuvaan laskutukseen lisäsin niiden työnantajilta perimät yleismaksut työterveyshuollon ammattihenkilöille, lääkäreille ja terveydenhoitajille. Sairausvakuutuksen osin korvaamien yksityisten palvelujen kustannukset sisälsivät asiakkaiden palveluista maksamat omavastuut sekä toimistomaksuina 15 euroa jokaiselta lääkärikäynniltä lääkärikeskusten perimien maksujen mukaan. Monikanavarahoituksen arviointia varten palvelukanavien kustannuseriin

oli tehtävä useita tarkennuksia ja laskennallisia korjauksia tietojen vertailukelpoisuuden parantamiseksi. Tähän perustuen luovuin tavoitteesta arvioida monikanavarahoituksen toteutumista neljän palvelukanavan kokonaisuudessa henkilötasoihin tietoihin perustuen<sup>2</sup>.

Maalis-elokuun aikana vuonna 2014 kerättiin oululaisilta perusterveydenhuollon avoterveydenhuoltopalveluiden tuottajilta 0–100-vuotiaiden miesten ja naisten palveluiden käyttö- ja kustannustiedot vuodelta 2013. Aineistoissa ovat mukana oululaiset kotikuntaan tai osoitteen postinumeroon perustuen 1.1.2013 alkaen. Siten mukaan otettiin Oulun kaupunkiin liittyneiden Haukiputaan, Kiimingin, Oulunsalon ja Yli-Iin väestöt. Oulun kaupungin aineistossa ovat oululaiset, jotka ovat kuntalaisia arvioinnin jokaisen kuukauden lopussa. Oulun kaupungin omistaman Oulun Työterveys -liikelaitoksen aineistossa ovat oululaiset, jotka olivat työterveyshuollon piirissä joulukuun lopussa 2013. Työterveyshuollon muiden palveluntuottajien osalta oululaisiksi arvioimme henkilöt asuinpaikan postinumeron perusteella.

Oulun kaupungin aineistossa ovat mukana palvelut kunnallisesta avoterveydenhuollosta omien terveysasemien toiminnasta, keskitetyistä terveyspalveluista, yhteispäivystyksestä, kuntoutuksesta ja ostoista sekä ulkoistetun yksityisen palveluntuottajan Sepän terveysaseman palvelut. Työterveyshuollon tiedot kerättiin alueen neljän suurimman työterveyshuollon palveluntuottajan (Terveystalon, Mehiläisen, Oulun Työterveys -liikelaitoksen ja Attendon) työnantajien suoritelaskutuksesta ja potilastietojärjestelmistä. Työterveyshuollon kokonaiskustannusten arviointia varten aineistoa täydennettiin kolmen seuraavaksi suurimman palveluntuottajien (Pohjois-Suomen Työterveys, Caritas Lääkärit ja Coronaria) summatasoisilla tiedoilla. Sairausvakuutuksen osin korvaamien yksityisten lääkäripalveluiden sekä tutkimuksen ja hoidon käyttö- ja kustannustiedot poimittiin sairausvakuutusrekisteristä (Kela 2014a) sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöltä YTHS:ltä kerättiin opiskeluterveydenhuollon käyttötiedot oululaisilta opiskelijoilta. Aineistoon ei sisällynyt suun terveydenhoitoa.

### 3) Monikanavarahoituksen vähentämisen vaikutusten kustannusaineistot

Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan aineistoni koostui Oulun 0–100-vuotiaiden naisten ja miesten neljän palvelukanavan avosairaanhoidon käyttö- ja kustannustiedoista, jossa ovat mukana yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden (tekstissä yleislääkäreiden) sairaanhoidon vastaanottopalvelut. Muiden erikoislääkäreiden kustannuksia ei ollut mukana. Palveluissa on mukana vastaanottojen lääkäri- ja hoitajakontaktien lisäksi niihin laskennallisesti kohdistamani laboratorio- ja radiologiatutkimukset. Tutkimusten kustannusten mukaan ottaminen perustui siihen, että kaikkien pääasiassa työterveyshuollon palvelun-

2 Tässä tutkimuksessa aineistoon tehtyjä tarkennuksia on hyödynnetty henkilötason aineistoihin perustuvassa tutkimuksessa Rahoituskanavat ylittävä palvelujen käyttö, joka tehtiin Oulun kaupungin, Kelan, Sitran ja Nordic Healthcare Groupin yhteistyönä. Oululaisten henkilötasoisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä ja kustannuksista on julkaistu menetelmä- ja tutkimusraportteja (Miettinen ym. 2016; Leskelä ym. 2016; Leskelä ym. 2017).

tuottajien kustannustiedoista tutkimusten kustannuksia ei voinut erotella lääkäreille kohdistuvien käyntien ja kontaktien kustannuksista. Lisäksi kunnallisissa palveluissa osa tutkimusten kustannuksista oli vyörytetty yleiskustannuksiin. Mukana ovat yleislääkäreiden netti- ja puhelinkontaktit sekä terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien vastaanottokäynnit ja kontaktit. Kaikkien suoritteiden kustannukset sisältävät hallinto- ja yleiskustannukset ja toimistomaksut sekä asiakasmaksut ja omavastuusuudet.

Oulun kaupungilla oli vuonna 2013 käytössä tilaaja-tuottajamalli, joten tilaajan (Oulun kaupungin) hallinnolliset kustannukset olivat vyörytettyjä sen omiin palveluihin. Tilaajan hallinnolliset kustannukset puuttuivat kaupungin palveluista, mutta ne olivat mukana yksityisen Sepän terveysaseman kustannuksissa. Oulun aineistossa sen omien terveysasemien radiologisten tutkimusten kustannukset oli vyörytetty hallinnollisina kustannuksina kaikille avoterveydenhuollon palveluille, joten kohdistin ne vain terveysasemien yleislääkäreille kohdistuville käynneille. Menettely nosti kyseisten palvelujen yksikkökustannusta noin viidellä eurolla. Oulun kaupungin aineistossa kaikille käynneille oli kohdistettu samat yksikkökustannukset, joten käytävissä ei ollut tietoa palvelujen käytön todellisesta kustannusvaihtelusta. Kohdistin lääkäriiskäynneille laboratorio- ja radiologiatutkimusten kustannuksia käyntien kokonaiskustannusten mukaisessa suhteessa ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Lääkärin puhelin- ja nettikontakteille sekä hoitajien vastaanottokäynneille ja muille hoitokontakteille en kohdistanut tutkimusten kustannuksia. Oulun kaupungin tiedoista jätin pois keskitetyn päivystyksen sekä terveysneuvonnan ja terveystarkastukset, koulu-terveydenhuollon, perhepalvelut, psykiatrisen sairaanhoidon sekä kotihoidon, muut kotikäynnit ja ryhmäkäynnit.

Työterveyshuollon tiedot perustuivat Oulun neljän suurimman palveluntuottajan (Terveystalo, Mehiläinen, Attendo, Oulun Työterveys Oy) työnantajien laskutustietoihin, minkä arvioin muodostavan noin 94 prosenttia Oulussa järjestetyn työterveyshuollon kokonaiskustannuksista. Lisäsin sairaanhoidon (korvausluokan Kela II) lääkäreille ja terveydenhoitajille kohdistuvien käyntien ja kontaktien kustannuksiin palveluntuottajien työnantajilta perimät yleismaksut (1,73 milj. €), joiden osuus oli 15,9 prosenttia kokonaiskustannuksista. Kohdistin 89 prosenttia laboratorio- ja radiologitutkimusten kokonaiskustannuksista työterveyshuollon lääkärikäynneille perustuen sairaanhoidon lääkärien ja erikoislääkäreiden vastaanottokäyntien kokonaiskustannuksiin.

Yksityisten lääkäripalveluiden asiakas- ja suoritetiedot sekä korvaus- ja kustannustiedot perustuivat Kelan sairausvakuutuskorvausrekisteriin. Lääkärille kohdistuviin suoritteisiin sisältyivät yleislääkärille ja yleislääketieteen erikoislääkärille kohdistuvat 10–60 minuuttia kestävät vastaanottokäynnit (Kelasto: koodit 0101A–E). Koska yleislääketieteen erikoislääkärille kohdistuvan käynnin yksikkökustannus oli lähes sama kuin yleislääkärille kohdistuvan käynnin yksikkökustannus, oletin käynneillä hoidettavan kutakuinkin samanlaisia potilaita. Koska yleislääketieteen erikoislääkärille kohdistuvista suoritteista ja kustannuksista ei ollut saatavissa ikä- ja suku-

puoliryhmittäisiä jakaumaa, oletin tietojen kohdistuvan naisille ja miehille samalla tavalla kuin yleislääkäreille kohdistuvissa suoritteissa. Kohdistin yksityisille lääkärikäynneille 20 prosenttia laboratorio- ja radiologiatutkimusten suoritteista ja kustannustiedoista perustuen sairausvakuutusrekisten tietoihin yleislääkäreiden antamista tutkimusmääräyksistä (muut olivat erikoislääkärin määräämiä tutkimuksia). Sairaanhoitorekisterin mukaan kaikista korvatuista lääkärikäynneistä oli yleislääkärikäyntejä 15,4 prosenttia (10,3 % ja 11,7 % maksetuista korvauksista). Jokaiselle lääkärikäynnille kohdistin 15 euron toimistomaksun.

Oulun YTHS:n palvelut olivat aineistossa yleisterveyden yleislääketieteen lääkäreiden suoritteita, jotka olivat jaettavissa potilastyöhön vastaanottokäynneille ja muuhun potilastyöhön (mm. netti- ja puhelinkäyntejä). Suoritteiden kustannukset sisälsivät tutkimusten kustannukset ja hallinnolliset vyörytykset. YTHS:n Oulun aineistossa ei ollut mukana terveydenhoitajien potilastyön sairaanhoitoa ja muun potilastyötä (mm. nettikäyntejä), jotka olisivat olleet saatavissa koko maan tasolla.

Kohdistin kunnallisesti järjestettyjen vastaanottokäyntien asiakasmaksut tilinpääöstiedoista kaikille 18–100-vuotiaiden lääkärin vastaanottokäynneille. Keskimäärin 18 vuotta täyttäneet potilaat maksoivat arvioituista lääkärikäynneistä noin 11 euroa eli 8,4 % käynnin henkilökontaktin kustannuksista. Valtion kunnallisten palvelujen rahoitusosuuden arvioin sen mukaisesti kuinka paljon Oululle maksettiin peruspalvelujen valtionosuutta peruspalvelujen laskennallisesta perusteesta (Valtionvarainministeriön päätös 28.12.2012). Valtion rahoitusosuus oli Oulun kaupungin palveluissa 27 prosenttia ja kun arvioinnissa otettiin huomioon asiakasmaksut kotitalouksien maksamana rahoituksen, Oulun kaupungin rahoitusosuus oli 69 prosenttia. Työterveyshuoltotilastoon (Kela 2015) perustuen työnantajat rahoittivat palveluista noin 56 prosenttia ja loput rahoitettiin korvauksina työnantajille Kelan työtulovakuutusrahastosta. Lisäsin yksityisten lääkärikäyntien kustannuksiin toimistomaksut, jolloin asiakkaiden keskimääräiset omanvastuuosuudet olivat 82,5 prosenttia ja asiakkaille korvattiin Kelan sairaanhoitovakuutusrahastosta 17,5 prosenttia käyntien kokonaiskustannuksista. YTHS:n rahoituksen oletin jakautuvan kuten samalla tavalla Oulussa kuin koko maassa vuonna 2013 (opiskelijat 18,7 %, sijaintikunta 12,0 %, Kela 58,2 %, opetusministeriö 9,4 % ja muut 1,7 %).

Oulua koskevien monikanavarahoituksen kustannus- ja rahoitus vaikutusanalyysien lisäksi tein kaksi teoreettista analyysia koko maan tasolla. Nyt käytävissäni oli tilastoista ja valtakunnallisista rekistereistä puuttunutta tietoa ikä- ja sukupuoliryhmittäin yhdeltä alueelta, Oulusta. Muodostin koko maan tasolla aineiston, jossa hyödynsin Oulun aineiston lisäksi valtakunnallista virallisista tilastoista rekistereistä saatavissa olevia ikä- ja sukupuoliryhmittäisiä jakaumia, keskiarvo ja summatietoja. Analysoin siten vastaavia kustannus- ja rahoitusvaikutuksia yleislääkäreiden vastaanottotoiminnassa, jos rahoituksessa siirrytään 1) kohti yksikanavaisuutta ja 2) kohti kaksikanavaisuutta kuten luvussa 9.3 olen Oulun analysoinneissa esittänyt. Esitän ensin



aineistoon tekemäni rajaukset ja menetelmät, sitten taulukkoina kustannus- ja rahoitusjakaumat ja lopuksi analyysien tulokset.

Koko maan aineiston muodostin 0–100-vuotiaiden naisten ja miesten perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä THL:n ylläpitämästä avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo: käyntityyppi T11; yhteysmuoto R10). Käynneille kohdistuvat kustannukset laskin terveystaloudenraportista (THL 2014) niin, että kustannuksissa olivat mukana lääkäreiden vastaanottokäynnit (ei koti- ja työpaikkakäyntejä). Kohdistin laboratorio- ja radiologiatutkimusten kustannukset käyntien ikä- ja sukupuoliryhmien kustannusten suhteessa. Kuntien terveystalouden tilastoon perustuvat asiakasmaksut kohdistin 18–100-vuotiaiden lääkärikäynneille. 18 vuotta täyttäneiden osuus oli lääkärikäynneistä 7 euroa (6 % kokonaiskustannuksista) ja heidän osuutensa arvioiduista palveluista oli 5,2 prosenttia. Valtion kunnallisten palvelujen rahoitusosuus perustui samaan peruspalvelujen valtionosuuden laskennallisesta perusteesta tehtyyn laskelmaan (Valtionvarainministeriön päätös 28.12.2012), jolloin valtion rahoitusosuus on 33,2 prosenttia. Kuntien rahoitusosuus oli valtion rahoitusosuus vähennettynä asiakasmaksuilla eli 61,7 prosenttia.

Työterveyshuollon sairaanhoidon (korvausluokka Kela II) lääkärikäyntien ja tutkimusten kokonaismäärät ja kokonaiskustannukset poimin työterveyshuoltotilastosta (Kela 2015). Muutin Oulun neljän suuren palvelutuottajan ikä- ja sukupuoliryhmittäiset käyttö- ja kustannustiedot koko maan tietoja vastaaviksi Tilastokeskuksen tuottamien ikä- ja sukupuoliryhmittäisten palkansaajajakaumien (Oulu vs. koko maa) avulla. Vyörytin työterveyshuollon ammattihenkilöille kohdistuville suoritteille koko maata työterveyshuollon yleiset ja muut kustannukset. Laboratorio- ja radiologiatutkimusten kustannuksiin kohdistin lääkärikäyntien kustannusosuutta vastaavat kustannukset. Työterveyshuoltotilastoon perustuen työnantajat maksoivat palveluista 56,4 prosenttia ja loput (43,6 %) rahoitettiin korvauksina Kelan työtulovakuutusrahastosta. Lisäksi hyödynsin rajauksissa ja tarkennuksissa yksikkökustannusraporttia (Kapiainen ym. 2013) sekä miesten ja naisten terveystalouden ikäryhmittäisiä menotietoja (Kapiainen ja Eskelinen 2015).

Yksityisistä lääkäripalveluista poimin aineistoon sairausvakuutusrekisteristä samat tiedot kuten Oulun aineistoon. Arvioiduista käynneistä yleisin on 20 minuuttia kestävä käynti (70 % kaikista käynneistä). Laboratorio- ja radiologiatutkimukset kohdistin vastaanottokäynneille samalla tavalla kuin Oulun aineistossa yleislääkäreiden määrääminä tutkimuksina sekä suhteutettuna yleis- ja erikoislääkäreille kohdistuvien käyntien mukaisesti koko maassa. Kohdistin laboratoriotutkimuksista 34,7 prosenttia ja radiologisista tutkimuksista 21 prosenttia yleislääkäreille Oulussa yleislääkäreiden tutkimusmääräysten mukaisesti. Jokaista lääkärikäyntiä kohti lisäsin kustannuksiin toimistomaksuja 15 euroa. Aineistossa ei ollut mukana toimenpiteitä, koska niiden kohdistumisesta yleislääkäreille ei ole tietoa. Koko maassa asiakkaat rahoittivat arvioiduista yksityisistä palveluista 80 % (kun mukana toimistomaksut)

ja asiakkaille korvattiin Kelan sairaanhoitovakuutuksesta 20 prosenttia palveluiden kustannuksista.

YTHS:n lääkärikäynteinä olivat yleisen terveyden (yleislääketieteen) yleislääkäri työ, jossa olivat mukana vastaanotot ja muu potilastyö (resepti uusinnat, puhelinkäynnit ym.). Tutkimusten kustannukset kohdistin ainoastaan lääkäreiden vastaanottotoimintaan. Lääkäritoimintaan kohdistin yleisterveyden muita kustannuksia (40 %). Kaikkien arvioitujen suoritteiden toimintojen kustannuksiin sisältyi tietohallinnon ja muun hallinnon kustannuksia (17,5 %). YTHS:n toiminnasta (kuten ei muistakaan palveluista) otettu mukaan terveyden- ja sairaanhoitajien suoritteita, vastaanottokäyntejä ja puhelimitse tapahtuvaa potilasohjausta, hoidon tarpeen arviointia ja yleistä terveysneuvontaa. YTHS:n toimintaa rahoittivat opiskelijat (18,7 %), sijaintikunnat (12,0 %), Kela (58,2 %), opetusministeriö (9,4 %) ja muut rahoittajat (1,7 %) vuonna 2013.

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 155 Jauhiainen S, Sihvonen E, Räsänen T, Veilahti A, Mikkola H.** Asumista tukemassa. Yleinen asumistuki tuensaajien ja vuokranantajien näkökulmista ja eurooppalaisessa vertailussa. 2019. ISBN 978-952-284-058-5 (nid.), ISBN 978-952-284-059-2 (pdf).
- 154 Åkerblad L, Haapakoski K, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannas-oja S.** Henkilökeskeisyyden ehdot. Kelan ammatillisen kuntoutusselvityksen arviointi. 2018. ISBN 978-952-284-054-7 (nid.), ISBN 978-952-284-055-4 (pdf).
- 153 Appelqvist-Schmidlechner K, Lämsä R, Tuulio-Henriksson A.** Oma väylä. Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen soveltuvuus, hyödyt ja koettu vaikutavuus. 2018. ISBN 978-952-284-050-9 (nid.), ISBN 978-952-284-051-6 (pdf).
- 152 Mattila-Holappa P.** Mental health and labour market participation among young adults. 2018. ISBN 978-952-284-044-8 (nid.), 978-952-284-045-5 (pdf).
- 151 Pasternack I, Fogelholm C, Koskinen E.** Selkäydinvammapotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuus. 2018. ISBN 978-952-284-042-4 (nid.), 978-952-284-043-1 (pdf).
- 150 Koskinen H.** Pharmaceutical expenditures, the reference price system and competition in the pharmaceutical market. A register study. 2018. ISBN 978-952-284-039-4 (nid.), 978-952-284-040-0 (pdf).
- 149 Tervola J.** Supporting gender equality and integration. Immigrant families' child care choices in the Nordic policy context. 2018. ISBN 978-952-284-035-6 (nid.), 978-952-284-036-3 (pdf).
- 148 Pekola P.** The effects of competition and regulation on quality in physiotherapy. 2018. ISBN 978-952-284-033-2 (nid.), 978-952-284-034-9 (pdf).
- 147 Romakkaniemi M, Lindh J, Laitinen M.** Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. 2018. ISBN 978-952-284-031-8 (nid.), ISBN 978-952-284-032-5 (pdf).



Tutkimuksessa tarkastellaan, mitä monikanavarahoitus on terveydenhuollossa ja miten siitä on tullut ongelma. Aineistoina hyödynnetään historiallisia ja poliittisia asiakirjoja, kirjallisuutta, aiempia tutkimuksia sekä tilastoja.

Terveydenhuollon monikanavarahoituksen syntyyn ovat vaikuttaneet lainsäädännön ja institutionaalisten rakenteiden kehitys sekä kansainväliset vaikutteet. Sen merkitys on erilainen eri puolilla Suomea, sillä eri palvelukanavien kustannukset vaihtelevat voimakkaasti alueittain.

Monikanavarahoituksen haittoja voidaan vähentää terveydenhuoltojärjestelmän eri tasoilla. Tutkimus osoittaa, että yksikanavarahoituksen tavoittelu voi tulla kalliiksi, jos se johtaa rahoituslähteiden ja rahoituksen määrän vähenemiseen. Terveydenhuollon rahoitus säilyy joka tapauksessa monikanavaisena, sillä julkinen ja yksityinen rahoitus muodostavat omat rahoituskanavansa.

**KELAN TUTKIMUS**

Puh. 020 634 11

julkaisut@kela.fi

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)[www.fpa.fi/forskning](http://www.fpa.fi/forskning)[www.kela.fi/research](http://www.kela.fi/research)

ISBN 978-952-284-064-6 (nid.)

ISBN 978-952-284-065-3 (pdf)

ISSN-L 1238-5050

ISSN 1238-5050 (painettu)

ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)